UFMG/FACE/Cedeplar

VOLUME 1

SRSR – ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE REPRODUTIVA, SEXUALIDADE E COR/RAÇA

PAULA MIRANDA-RIBEIRO

ANDRÉ JUNQUEIRA CAETANO

Relatório Substantivo Final apresentado à Fundação Ford

Belo Horizonte, 08 de julho de 2003

CONTEÚDO

INTRODUÇÃO 6

I) OBJETIVOS, EQUIPE, PARCERIAS, RESULTADOS E AVALIAÇÃO 7

1.1. Objetivos *7*

1.2. Equipe *9*

1.3. Contatos e Parcerias *14*

1.4. Resultados *18*

1.5. Avaliação *38*

1.5.1. Planejamento, Montagem da Equipe, Recrutamento, Implementação e Execução 38

1.5.2. Atividades de Ensino, Atividades de Pesquisa e Interação Ensino/Pesquisa 41

1.5.3. Resultados alcançados 44

1.5.4. Limitações 46

II) ATIVIDADES DE ENSINO 50

2.1. Relações de Gênero (mini-curso) *51*

2.1.1. Professora 51

2.1.2. Período 52

2.1.3. Objetivos 52

2.1.4. Programa 52

2.1.5. Avaliação da professora 53

2.1.6. Resultados concretos 54

2.2. Tópicos em Reprodução Humana e Saúde Reprodutiva (mini-curso) *55*

2.2.1. Professor 55

2.2.2. Período 55

2.2.3. Objetivos 56

2.2.4. Programa 56

2.2.5. Avaliação do professor 56

2.2.6. Resultados concretos 57

2.3. População e Saúde Reprodutiva (60 horas-aula) *57*

2.3.1. Professor 57

2.3.2. Período 57

2.3.3. Objetivos 57

2.3.4. Programa 58

2.3.5. Avaliação 66

2.3.6. Resultados concretos 67

2.4. Demografia da Raça I (30 horas-aula) *68*

2.4.1. Professora 68

2.4.2. Período 68

2.4.3. Objetivos 68

2.4.4 Programa 69

2.4.5 Avaliação da Professora 70

2.4.6 Resultados concretos 71

2.5. Demografia da Raça II (30 horas-aula) 71
2.5.1. Professora 71
2.5.2. Período 71
2.5.3. Objetivos 71
2.5.4 Programa 72
2.5.5 Avaliação da Professora 73
2.5.6 Resultados concretos 74
2.6. Amostragem Básica (30 horas-aula) 75
2.6.1. Professor 75
2.6.2. Período 75
2.6.3. Objetivos 75
2.6.4. Programa 76
2.6.5. Avaliação do professor 77
2.6.6 Resultados concretos 81
2.7. Saúde Reprodutiva e Práticas Políticas (mini-curso) 81
2.7.1. Professora 81
2.7.2. Período 82
2.7.3. Objetivos 82
2.7.4. Programa 82
2.7.5. Avaliação 83
2.7.6 Resultados concretos 84
2.8. Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia I (30 horas-aula) 84
2.8.1. Professora 84
2.8.2. Período 84
2.8.3. Objetivos 84
2.8.4. Programa 84
2.8.5. Avaliação 86
2.8.6 Resultados concretos 87
2.9. Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia II (30 horas-aula) 88
2.9.1. Objetivos 88
2.9.2. Período 88
2.9.3. Professor 88
2.9.4. Programa 88
2.9.5. Avaliação da professora 90
2.9.6 Resultados concretos 91
2.10. Introdução ao Epi-info – criação de máscara de entrada de dados (mini-curso) 91
2.10.1. Professor 91
2.10.2. Período 92
2.10.3. Objetivos 92
2.10.4. Programa 92
2.10.5. Avaliação 93
2.10.6 Resultados concretos 93
2.11. Curso Introdutório sobre Análise de Dados Quantitativos (mini-curso) 93

2.11.1. Professora 93
2.11.2. Período 94
2.11.3. Objetivos 94
2.11.4. Programa 94
2.11.5. Avaliação 95
2.11.6 Resultados concretos 96
III) ATIVIDADES DE PESQUISA 97
2.1. Introducão 97
2.2. Arrolamento dos Domicílios 98
2.2.1. Período 98
2.2.2. Objetivos 98
2.2.3. Material 99
2.2.4. Descrição das atividades 99
2.2.5. Participação dos bolsistas 101
2.2.6. Avaliação 103
2.3. Desenvolvimento do Instrumento de Coleta de Dados 104
2.3.1. Período 104
2.3.2. Objetivos 104
2.3.3. Material 105
2.3.4. Descrição das atividades 106
2.3.5. Participação dos bolsistas 114
2.3.6. Avaliação 120
2.4. Implementação do Trabalho de Campo 120
2.4.1. Período 120
2.4.2. Objetivos 121
2.4.3. Treinamento das Entrevistadoras 121
2.4.4. Supervisão de campo e de escritório 125
2.4.5. Teste de campo 129
2.4.6. Participação dos bolsistas 129
2.4.7. Avaliação 133
2.5. Trabalho de campo 134
2.5.3. Período 134
2.5.4. Objetivos 134
2.5.5. Material 135
2.5.6. Descrição das atividades 135
2.5.7. Participação dos bolsistas 136
2.5.8. Avaliação 142
2.5.9. Recife 144
2.6. Tratamento e Processamento dos Dados 148
2.6.3. Período 148
2.6.4. Objetivos 148
2.6.5. Material 149
2.6.6. Descrição da atividade 149

2.6.7. Participação dos bolsistas 150
2.6.8. Avaliação 154
IV) ANÁLISE DOS DADOS E RELATÓRIOS DOS BOLSISTAS 155
3.1. Introdução *155*
3.2. Bolsista Andréa Branco Simão *155*
3.3. Bolsista Beatriz Filgueiras *155*
3.4. Bolsista Elizângela Aparecida Braga *155*
3.5. Bolsista Júnia Valéria Quiroga *155*
3.6. Bolsista Lizandro Nei Gualberto *155*
3.7. Bolsista Maria Ângela Araújo *155*
3.8. Bolsista Marisa Alves Lacerda *155*
3.9. Bolsista Simone Santos *156*
3.10. Bolsista Yone Maria Gonzaga *156*
V) CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 157
VI) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 158
ANEXO I - Item 1: Instruções de treinamento para o arrolamento *162*
ANEXO I - Item 2: Folha de Registro de Listagem *166*
ANEXO II - Item 1: Manual da Entrevistadora *167*
ANEXO II - Item 2: Instruções para Listagem de Moradores e Seleção da Pessoa Elegível a ser Entrevistada *197*
ANEXO III - Item 1: SRSR - Check list *199*
ANEXO III - Item 2: Planilha de Controle de Campo - Supervisoras *200*
ANEXO III - Item 3: Planilha de Controle de Escritório *201*
ANEXO III - Item 2: Roteiro de Observação de Entrevistas *202*
ANEXO IV - Item 1: Questionário *203*
ANEXO V – Item I: Livro de Códigos *248*
ANEXO VI: TRABALHOS MONOGRÁFICOS FINAIS DOS BOLSISTAS 376
Bolsista Andréa Branco Simão *376*
Bolsista Beatriz de Castro Filgueiras *400*
Bolsista Elizangêla Aparecida Braga *430*
Bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha *477*
Bolsista Lizandro Nei Gualberto *497*
Bolsista Maria Ângela de Araújo *520*
Bolsista Marisa Alves Lacerda *530*
Bolsista Simone Maria dos Santos *554*

INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta a descrição das atividades e as avaliações específica e global do programa *Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor* (SRSR), financiado pela Fundação Ford, iniciado em 1º de abril de 2001, com duração de dois anos. O programa foi coordenado pelos Professores Paula Miranda-Ribeiro e André Junqueira Caetano, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este relatório está organizado de forma a discutir, primeiramente, as características do projeto, na forma em que foi implementado, bem como as suas realizações, além de descrever as atividades desenvolvidas, na seqüência em que foram levadas a cabo, isto é, atividades de ensino, pesquisa e análise de dados, respectivamente.

A parte I deste relatório é dedicada à apresentação dos objetivos e resultados esperados (Seção 1.1.), equipe, contribuições e parcerias constituídas (Seções 1.2 e 1.3), resultados obtidos (Seção 1.4) e avaliação global do programa (Seção 1.5). A parte II é dedicada às atividades de ensino, onde são apresentados os cursos realizados. Para os propósitos de apresentação destas atividades, foram incluídos os cursos de Introdução ao Epi-info e de Análise de Dados, apesar dos mesmos terem ocorrido durante o módulo de pesquisa e de elaboração dos trabalhos finais, precedendo o tratamento e a análise dos dados, respectivamente.

A parte III apresenta os módulos relativos às atividades da pesquisa efetuada nos municípios de Belo Horizonte e Recife. As atividades desenvolvidas contêm informações sobre o período de realização, objetivos, descrição das atividades e participação dos bolsistas em cada atividade. O material utilizado durante o programa, referenciado na descrição das atividades, encontra-se em anexo.

A parte IV deste relatório representa o componente de análise de dados, efetuada pelos bolsistas. Os resultados desta análise são apresentados em forma de trabalhos elaborados por cada bolsista. O tema de cada artigo foi definido pelos próprios bolsistas, de acordo com seus interesses. Finalmente, o cronograma das atividades desenvolvidas é apresentado na seção V. Em anexo, encontra-se uma proposta preliminar de renovação.

I) OBJETIVOS, EQUIPE, PARCERIAS, RESULTADOS E AVALIAÇÃO

1.1. Objetivos

Conforme a proposta original elaborada a partir das prioridades e de acordo com as diretrizes definidas pelo Programa de Saúde Reprodutiva da Fundação Ford, este projeto teve como principais objetivos qualificar alunos de graduação e pós-graduação das diversas áreas das ciências sociais nos domínios da saúde reprodutiva, sexualidade e raça e, ao mesmo tempo, treiná-los e capacitá-los para efetuarem atividades de pesquisa.

Assim, os bolsistas selecionados realizaram atividades de ensino, nas quais receberam os fundamentos relativos aos temas em estudo, e atividades de pesquisa, nas quais tiveram a oportunidade de participar de todas as etapas de uma pesquisa de campo. Cada etapa do componente de pesquisa foi encerrada com a obtenção de um produto específico necessário ao planejamento ou à efetuação da operação de campo, quais sejam, amostragem, listagem de domicílios, elaboração do instrumento de coleta de dados, planejamento, implementação e trabalho de campo, tratamento e processamento dos dados e, finalmente, a análise dos mesmos.

Desta maneira, o projeto proporcionou aos seus participantes, além da formação substantiva, a oportunidade de vivenciarem as demandas e a dinâmica de uma pesquisa e, por conseguinte, de participarem, como agentes, em todas as suas etapas, na construção um banco de dados relevante para o estudo da temática em questão. Buscou-se unir ensino e pesquisa em todas as dimensões do programa SRSR.

Especificamente, objetivou-se capacitar os bolsistas para que, ao final do período de dois anos, eles estivessem aptos para discutir criticamente as principais questões sobre saúde reprodutiva no Brasil e suas implicações no que diz respeito à sexualidade e relações raciais. Além disso, almejou-se a qualificação dos mesmos para participar, de forma ativa, em todas as etapas de pesquisas de campo em geral, desde as etapas de organização e implementação até o processamento e a análise dos dados coletados. Em termos do projeto como um todo, tanto a estrutura física quanto a base de dados e o "know-how" de ensino criados ao longo dos dois anos, com os recursos da Fundação Ford, permitiram o estabelecimento de um programa de ensino e pesquisa em saúde reprodutiva, sexualidade e raça no Cedeplar. Em especial, buscou-se estabelecer uma relação de cooperação com os atores e organizações sociais, principalmente o movimento de mulheres e o movimento negro.

Portanto, o programa foi concebido e montado visando a qualificação integral dos bolsistas, no que diz respeito aos temas e ao processo, tanto global quanto de componentes específicos, de

elaboração, implementação e realização de um projeto de pesquisa, além da criação de um banco de dados estatisticamente significante e instrumental para o estudo e ampliação do conhecimento na área de saúde reprodutiva no Brasil, com ênfase ao aspecto da cor/raça.

Aprovado pela Fundação Ford para ser executado entre 1º de abril de 2001 a 31 de março de 2003, o projeto foi denominado *Programa de Ensino e Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor* (SRSR). Foram selecionados, inicialmente, dez bolsistas. O Cedeplar forneceu as instalações e o apoio necessários para a implementação e o bom funcionamento do programa.

Como mencionado acima, o programa SRSR consistiu em três componentes, ensino, pesquisa e análise de dados. O módulo inicial, de ensino, foi composto de cursos organizados com o objetivo de fornecer os conhecimentos teóricos sobre saúde reprodutiva, sexualidade e raça, e o treinamento para a realização das atividades de pesquisa. Estas foram realizadas com o objetivo de capacitar metodologicamente os bolsistas e coletar informações relevantes sobre saúde reprodutiva, sexualidade e raça, tendo sido levadas a cabo na forma de um levantamento domiciliar amostral efetuado nos municípios de Belo Horizonte e Recife.

A escolha destas duas cidades deveu-se ao fato de delas serem capitais estaduais situadas em macrorregiões com níveis de desenvolvimento sócio-econômico distintos. A realização da pesquisa em Belo Horizonte e Recife permitiu, assim, a comparação de duas realidades urbanas diversas e representativas, respectivamente, da região Sudeste e da região Nordeste. Em relação ao Sudeste, a região Nordeste apresenta piores indicadores socioeconômicos e uma maior dependência, por parte da população, dos serviços de atendimento médico da rede pública. Além disso, a queda da fecundidade nos anos 80 e 90 no Nordeste esteve mais fortemente associada, se comparada ao Sudeste, ao aumento do número de mulheres esterilizadas, principalmente de baixa renda. Assim, Recife foi escolhida por representar um dos principais pólos urbanos do Nordeste e por ter, ao contrário de Belo Horizonte, uma história ímpar e profícua com relação à atuação do movimento de mulheres e de formação de organizações civis voltadas para o desenvolvimento da cidadania reprodutiva.

Sinteticamente, os objetivos deste projeto de ensino e pesquisa em Saúde reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, foram os seguintes:

- Qualificar alunos de graduação e pós-graduação, das diversas áreas das ciências sociais, nos domínios da saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor;
- Treinar e capacitar alunos de graduação e pós-graduação para atuarem em todas as etapas que compõem uma pesquisa;

- Capacitar alunos de graduação e pós-graduação para discutirem criticamente as principais questões sobre saúde reprodutiva no Brasil e suas implicações no que diz respeito à sexualidade e relações raciais;
- Permitir o estabelecimento de um programa de ensino e pesquisa em saúde reprodutiva, sexualidade e raça no Cedeplar;
- Estabelecer relações de cooperação com atores e organizações sociais, particularmente as do movimento de mulheres e do movimento negro;
- Criarum banco de dados estatisticamente significante e instrumental para o estudo e ampliação do conhecimento na área de saúde reprodutiva no Brasil, com ênfase no aspecto raça/cor.

1.2. Equipe

Uma pesquisa deste porte é tarefa para uma equipe permanente de peso. O projeto original previa a participação de cinco pesquisadores principais: Paula Miranda-Ribeiro, André Junqueira Caetano, Maria do Carmo Fonseca, Cibele Comini César e Daisy Maria Xavier de Abreu. No entanto, não foi possível contar com a colaboração de todos eles. A profa. Maria do Carmo aposentou-se em abril de 2001 e imediatamente assumiu a posição de Professora Catedrática da Universidade Autónoma de Barcelona, na Espanha, onde deverá permanecer até agosto de 2003. Quando da implementação do SRSR, a prof. Cibele César havia assumido outros compromissos profissionais e não dispunha do tempo necessário para se dedicar ao programa. Daisy Abreu, já em fins de 2000, optou por fazer parte da equipe da CBO/2000 (Classificação Brasileira de Ocupações), cuja bolsa de pesquisa tinha valor mais atrativo. Não ter podido contar com a participação de todos os pesquisadores originalmente listados no projeto teve um custo elevado. Na verdade, ter somente dois dos cinco pesquisadores principais durante dois terços do projeto significou mais do que dobrar o trabalho dos que permaneceram, sem que a carga resultante de outras tarefas inerentes a uma universidade (sobretudo a carga didática) fosse reduzida.

Tomamos o que a princípio parecia um problema como um enorme desafio e, na nossa avaliação, fomos bem sucedidos. Além de trabalharmos mais horas do que o planejado quando da concepção do projeto, contamos, sempre que necessário, com professores colaboradores. Dentro deste espírito, estiveram no SRSR os professores Sandra Azeredo, do Departamento de Psicologia Social da UFMG; João Pedro Junqueira Caetano, ginecologista e diretor da Clínica Pró-Criar do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte; Pedro Luís do Nascimento Silva, estatístico do IBGE e professor da ENCE; e Ana Paula Portella, representante do SOS Corpo – Recife. Entre agosto de

2002 e março de 2003, o SRSR contou, de forma permanente, com Taís de Freitas Santos, pesquisadora da Fundação Joaquim Nabuco – Recife, temporariamente no CEDEPLAR em pós-doutoramento.

Recrutamento dos Bolsistas

Os bolsistas SRSR foram recrutados através de entrevista de seleção realizada no dia 02 de maio de 2001, conforme cartaz em anexo. A partir do dia 17 de abril daquele ano, alunos do Cedeplar e de outros cursos começaram a receber mensagens eletrônicas a respeito do processo de seleção para o programa. Além disso, cartazes foram colocados na FAFICH – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, no ICEx – Instituto de Ciências Exatas, e na Faculdade de Medicina. No mesmo período, colocamos no ar a homepage do projeto, com informações mais detalhadas aos interessados. A notícia se espalhou a ponto de recebermos consultas sobre a possibilidade de aceitarmos alunos de graduação de outras universidades que não a UFMG. Na verdade, as vagas estavam abertas a qualquer estudante de graduação ou pós-graduação, independentemente da universidade/faculdade. Trinta e quatro candidatos vieram ao Cedeplar no dia 02 de maio, dos quais selecionamos oito. Andréa Simão já havia sido previamente selecionada para atuar como gerente operacional do projeto e Nathália Andrade foi selecionada posteriormente, como estagiária[1].Os requisitos para o recrutamento foram (1) compromisso de escrever monografia de graduação, dissertação de mestrado ou tese de doutorado em temas afins à pesquisa, e (2) permanência de até a finalização do programa. Os candidatos foram selecionados após análise de currículo e entrevista pessoal.

Alguns bolsistas desligaram-se do projeto durante o seu andamento por motivos profissionais ou acadêmicos. A bolsista Yone Maria Gonzaga ausentou-se já na fase final devido a licença-maternidade. As bolsistas Beatriz de Castro Filgueiras, Júnia Valéria Quiroga da Cunha e Maria Ângela de Araújo foram incorporadas ao final do primeiro ano. O quadro abaixo apresenta a relação de bolsistas durante os dois anos do programa SRSR.

Quadro I: Bolsistas SRSR, segundo filiação institucional, datas de entrada e desligamento, e motivo do desligamento

Nome	Filiação Institucional	Data de Entrada	Data de Desligamento	Motivo do Desligamento

[1] Nathália Andrade tinha como tarefas organizar materiais, fazer *clippings* de jornais e auxiliar Andréa Simão na sua função de gerente operacional. Apesar de ter status distinto, a bolsista também participou dos cursos oferecidos pelo SRSR.

1) Andréa Branco Simão	Doutorado, Demografia, UFMG	1/4/2001	*****	*****
2) Beatriz de Castro Filgueiras	Graduação, Ciências Sociais, UFMG	1/7/2002	*****	*****
3) Cláudio Santiago Dias Júnior	Mestrado, Sociologia, UFMG	1/7/2001	31/3/2002	Ingresso no Doutorado em Demografia*
4) Elizângela Aparecida Braga	Graduação, Ciências Sociais, UFMG	1/7/2001	*****	*****
5) Júnia Valéria Quiroga da Cunha	Doutorado, Demografia, UFMG	1/8/2002	*****	*****
6) Lizandro Nei Gualberto	Mestrado, Demografia, UFMG	1/7/2001	*****	*****
7) Leonardo Turchi Pacheco	Mestrado, Sociologia, UFMG	1/7/2001	31/7/2002	Emprego
8) Luciana Crivellari Dulce	Mestrado, Sociologia, UFMG	1/7/2001	31/8/2002	Finalização do Mestrado em Sociologia
9) Maria Ângela de Araújo	Graduação, Ciências Sociais, UFMG	1/7/2002	*****	*****
10) Marisa Alves Lacerda	Graduação, Ciências Sociais, UFMG	1/7/2001	*****	*****
11) Nathália Carvalho de Andrade	Graduação, Comunicação Social PUC Minas	1/7/2001	31/7/2002	Emprego
12) Simone Maria dos Santos	Mestrado, Sociologia, UFMG	1/7/2001	*****	*****
13) Yone Maria Gonzaga	Representante da sociedade civil, funcionária da UFMG	1/7/2001	30/11/2002	Licença maternidade

* Alunos do primeiro ano em Demografia não têm autorização da coordenação do curso para trabalhar em pesquisa.

Quanto aos temas de monografias, dissertações e teses, fomos bem sucedidos no sentido de motivar os alunos de graduação em Ciências Sociais e os de mestrado e doutorado em Demografia. Todos estes escreveram/escreverão seus trabalhos de conclusão em temas relacionados ao SRSR, muitos deles utilizando a base de dados da pesquisa. No entanto, os alunos do mestrado em Sociologia seguiram com seus projetos de dissertação originais, sem nenhum vínculo com o programa, conforme pode ser visto no Quadro II abaixo.

Quadro II: Bolsistas SRSR, segundo títulos de trabalho de conclusão de curso, tipo de trabalho e data de defesa

Nome	Título do trabalho de conclusão de curso	Tipo de trabalho	Orientador e Co-Orientador	Data da Defesa
1) Andréa Branco	Gravidez e maternidade na	Tese de	Paula Miranda-	Março de

Simão	adolescência e juventude: evidências de Belo Horizonte e Recife 2002-2003	Doutorado	Ribeiro e André Junqueira Caetano	2004
2) Beatriz de Castro Filgueiras	Políticas públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte	Monografia de Graduação	André Junqueira Caetano	Agosto de 2003
3) Cláudio Santiago Dias Júnior	Saúde Reprodutiva, Gênero e Raça/Cor: Uma Análise Comparada entre Belo Horizonte e Recife	Tese de Doutorado	Paula Miranda-Ribeiro	Março de 2005
4) Elizângela Aparecida Braga	Contracepção: Um panorama da população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE em 2002	Monografia de Graduação	Taís de Freitas Santos	Março de 2003
5) Júnia Valéria Quiroga da Cunha	Casadas, unidas e vulneráveis? Família, relações de gênero e vulnerabilidade feminina a DST/AIDS em Belo Horizonte e Recife	Tese de Doutorado	Paula Miranda-Ribeiro	Março de 2005
6) Lizandro Nei Gualberto	Comportamento contraceptivo, raça/cor e *status* da mulher no Brasil	Dissertação de Mestrado	Paula Miranda-Ribeiro e André Junqueira Caetano	Março de 2003
7) Leonardo Turchi Pacheco	*	Dissertação de Mestrado	*	*
8) Luciana Crivellari Dulce	Moda e cinema no Brasil dos anos 50: Eliana e o tipo "mocinha" das chanchadas cariocas.	Dissertação de Mestrado	Ronaldo de Noronha	Agosto de 2003
9) Maria Ângela de Araújo	Como subir na vida: um estudo qualitativo da mobilidade social entre brancas e negras em Belo Horizonte	Monografia de Graduação	Paula Miranda-Ribeiro	Março de 2003
10) Marisa Alves Lacerda	Adolescentes falando "daquilo": um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG	Monografia de Graduação	Paula Miranda-Ribeiro	Março de 2003
11) Nathália Carvalho de Andrade	**	**	**	**
12) Simone Maria dos Santos	As relações interétnicas e o pensamento pós-colonial.	Dissertação de Mestrado	Francisco Coelho	Dezembro de 2003
13) Yone Maria Gonzaga	***	***	***	***

* Leonardo Pacheco não foi encontrado à época da elaboração deste relatório e, portanto, não temos informações a seu respeito.
** Nathália Andrade era estagiária e, portanto, estava desobrigada de escrever trabalho de conclusão na temática da pesquisa.
*** Yone Maria Gonzaga elaborará relatório para o Movimento de Mulheres tão logo retome suas atividades após a licença maternidade.

Dada a natureza do programa, uma das preocupações que permeou a equipe de pesquisadores responsáveis pelo projeto foi a composição racial do grupo de bolsistas integrantes da pesquisa. Nesse sentido, houve um esforço para que a equipe apresentasse uma formação racial/cor o mais heterogênea possível. Assim, a auto-classificação e a alter-classificação dos bolsistas do projeto é apresentada no quadro a seguir.

Quadro III: Bolsistas SRSR, segundo a raça/cor

Nome	Auto-classificação	Alter-classificação*
1) Andréa Branco Simão	Branca	Branca
2) Beatriz de Castro Filgueiras	Parda	Branca
3) Cláudio Santiago Dias Júnior	Branca	Branca
4) Elizângela Aparecida Braga	Parda	Branca
5) Júnia Valéria Quiroga da Cunha	Branca	Branca
6) Lizandro Nei Gualberto	Negra	Negra
7) Leonardo Turchi Pacheco	Branca	Branca
8) Luciana Crivellari Dulci	Branca	Branca
9) Maria Ângela de Araújo	Negra	Negra
10) Marisa Alves Lacerda	Parda	Parda
11) Nathália Carvalho de Andrade	Branca	Branca
12) Simone Maria dos Santos	Negra	Negra
13) Yone Maria Gonzaga	Negra	Negra

* Segundo os pesquisadores Paula e André, no momento da seleção.

1.3. Contatos e Parcerias

De acordo com os objetivos definidos e visando o treinamento e capacitação de pessoal em pesquisa em saúde reprodutiva e sexualidade, com ênfase no recorte por raça/cor, foram estabelecidos uma série de contatos e efetuadas parcerias com professores colaboradores, movimento de mulheres, movimento negro e autoridades estaduais e municipais de saúde.

MOVIMENTO DE MULHERES

Tendo em mente privilegiar a cooperação e a interação do programa SRSR com o movimento de mulheres, estabeleceu-se, ainda durante as atividades preparativas para a implementação do programa, contato com a representante regional, em Minas Gerais, da organização RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos), Dra. Fátima Oliveira. O primeiro encontro entre esta e os pesquisadores principais aconteceu na quarta-feira de cinzas, em restaurante tradicional do centro de Belo Horizonte, sugestão da Dra. Fátima. Depois disso, foi realizada, em junho de 2001, reunião com diversas ativistas negras com o objetivo de apresentar o projeto à sociedade civil organizada, identificar demandas, receber recomendações e inserir representantes do movimento no projeto. Esta atividade resultou na incorporação de Yone Gonzaga no quadro de bolsistas, cujo trabalho final consistirá em relatório para o Movimento de Mulheres.

PROF. PEDRO LUÍS DO NASCIMENTO SILVA

Com o objetivo de treinar a equipe SRSR em métodos de amostragem e estimação, de forma a permitir que efetuássemos a seleção da amostra e preparássemos as etapas de estimação, ponderação e tabulação dos resultados, contratamos o Prof. Pedro Luís do Nascimento Silva, Estatístico do IBGE e Ph.D. em Estatística, com vinte anos de experiência profissional e reconhecida competência na área. O Prof. Pedro Luís também orientou o planejamento, seleção, ponderação e análise da amostra de domicílios e mulheres a serem entrevistadas.

A partir do curso de amostragem ministrado pelo Prof. Pedro Luís, entre setembro e novembro de 2001, contamos com sua assessoria contínua, em todas as etapas do trabalho de pesquisa. Ele foi responsável pela seleção dos setores censitários incluídos na amostra, orientou o trabalho de listagem de domicílios nos setores selecionados e o sorteio dos domicílios a serem visitados, forneceu as etiquetas de sorteio de elegíveis em cada domicílio e definiu e executou os cálculos dos pesos requeridos para expansão da amostra de domicílios e pessoas. Finalmente, o

Prof. Pedro Luís preparou relatório descrevendo detalhadamente os procedimentos adotados e especificação das fórmulas requeridas para estimação de médias e respectivas variâncias. A sua contribuição foi fundamental para o bom desenvolvimento da pesquisa domiciliar amostral por nós realizada, em todas as suas etapas.

SOS CORPO, GÊNERO E CIDADANIA

Tendo em vista a decisão de levar a cabo a pesquisa também em Recife, estabelecemos contato com a organização não-governamental SOS Corpo, Gênero e Cidadania. Em reunião realizada com Maria Betânia Ávila e Ana Paula Portella, representantes desta organização, em 10 de maio de 2001, estabelecemos as bases de cooperação entre o Cedeplar e o SOS Corpo, de forma que este último se encarregasse da pesquisa em Recife. Assim como no caso da interação entre o programa SRSR e o movimento de mulheres em Belo Horizonte, buscamos, nesta ocasião, discutir as questões relevantes a serem incorporadas na pesquisa, bem como demandas e recomendações do movimento de mulheres de Recife.

Neste sentido, considerou-se importante incorporar direitos reprodutivos, tais como licença-maternidade, aleitamento, acesso a serviços de contracepção, e aborto, no contexto de seus limites cotidianos e externos (relações de poder, gênero, trabalho e infra-estrutura), bem como a percepção, conhecimento e acesso e qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, diferenças entre unidas e casadas e entre esterilizadas e não-esterilizadas. Acordou-se, ainda, que o SOS Corpo realizaria, no momento devido, a revisão do instrumento de coleta de dados e dos procedimentos de campo, de forma a adaptá-los à realidade local.

A partir desta reunião, foi estabelecido, em dezembro de 2001, o convênio entre o SOS Corpo e o Cedeplar. Este convênio previu, inicialmente, a realização das atividades de preparação e efetuação de pesquisa no período de dezembro de 2001 a maio de 2002. Estas atividades consistiriam na seleção de pesquisadoras, revisão do questionário, acompanhamento do processo de amostragem e listagem de domicílios, preparação da operação de listagem de domicílios, organização do escritório de pesquisa, seleção e treinamento da equipe de listagem, listagem de domicílios, treinamento da equipe, preparação do trabalho de campo e trabalho de campo. Foi acordado, por fim, que, no caso de prolongamento no cronograma de trabalho, seriam feitos novos acordos.

REDESAÚDE – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Com vistas à elaboração do instrumento de coleta de dados e às preparações para o trabalho

de campo, foram realizados uma série de contatos com o movimento de mulheres e autoridades da área de saúde, objetivando levantar aspectos da realidade da saúde reprodutiva em Belo Horizonte, identificar questões relevantes, mapear a existência e a qualidade de serviços de saúde e conhecer a legislação municipal vigente. Este atividade foi iniciada através de contatos com a Dra. Fátima Oliveira, representante da RedeSaúde em Minas Gerais.

Em 16 de janeiro de 2002, a Dra. Fátima reuniu-se com toda a equipe SRSR para apresentar e discutir a visão da RedeSaúde sobre a situação da saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Minas Gerais. Segundo ela, os programas de saúde da mulher, tanto em Belo Horizonte quanto em Minas Gerais, não existiam, uma vez que em ambos os casos as autoridades competentes dificilmente seguem as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), não incorporam questões de gênero e reservam pouco ou nenhum recurso para os programas de atenção à mulher, contando principalmente com verbas federais para iniciativas nesta área.

SECRETARIAS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE – PROGRAMAS DE SAÚDE DA MULHER

Em encontro realizado com a coordenadora do programa de atenção à mulher da SES-MG, Dra. Márcia Rovena, em janeiro de 2002, foram tratados assuntos relativos à implantação do PAISM e do planejamento familiar no Estado, e funções e atribuições dos diversos níveis de governo na gestão do programa e a avaliação da assistência prestada à mulher. De forma geral, a função estadual é divulgar, assessorar e acompanhar os serviços prestados. A divulgação é feita exclusivamente para as diretorias regionais estaduais, profissionais de saúde e organizações de mulheres, principalmente através de eventos e palestras promovidos pela Secretaria de Saúde. Além destas atribuições, a Secretaria também planeja a elaboração de materiais de práticas educativas. Segunda a avaliação da Dra. Márcia Rovena, o PAISM não foi implementado de forma satisfatória em Minas Gerais.

Também em janeiro de 2002, reunimo-nos com a coordenadora do programa municipal de atenção a mulher em Belo Horizonte, Dra. Yula Franco Porto. Belo Horizonte prevê, através da lei municipal 6.754, de 1994, o direito à educação para a saúde da mulher e assistência ao planejamento familiar. O município conta com 127 centros de saúde, distribuídos em nove regionais administrativas. A Dra. Yula mostrou-se otimista com relação aos serviços prestados pela sua coordenação, afirmando que acredita que o programa de planejamento familiar atenda a demanda existente. No entanto, as informações e dados dos postos de saúde não são processadas de maneira unificada e não existe um monitoramento dos atendimentos realizados, nem uma idéia

precisa sobre a demanda global a ser atendida.

Diante deste quadro, a Dra. Yula demonstrou interesse pela pesquisa, apesar de informar não poder estabelecer cooperação direta. Em face da escassez de recursos, pareceu-nos que a coleta e o processamento de dados para avaliação dos serviços prestados pelos programas de assistência à mulher em Belo Horizonte não estavam entre as principais prioridades da coordenação de atenção à saúde da mulher, apesar de existir uma demanda por informações e análises nesta direção. Nesta ocasião, o programa SRSR comprometeu-se a dar um retorno no sentido de elaborar, conjuntamente, um relatório sobre a situação da mulher que permita o melhor conhecimento e a avaliação da realidade existente no município.

MULHER E SAÚDE (MUSA)

Por fim, foi estabelecido contato com a organização não-governamental MUSA. O MUSA tem atuado ativamente em prol da saúde da mulher em Belo Horizonte, tendo realizado dois trabalhos de avaliação da implementação do PAISM no município, em 1994 e 2000. Segundo estas avaliações, o programa não é executado de forma satisfatória, sendo a não informatização e a descentralização dos registros nos postos de saúde um grande obstáculo para o pleno conhecimento e para o exame da qualidade dos serviços de atendimento a mulher, bem como para o melhor entendimento da realidade vivenciada por elas neste âmbito. No entanto, o MUSA tem privilegiado a Região Leste de Belo Horizonte em suas avaliações, havendo, assim, uma lacuna com relação ao restante do município.

Discutiu-se, na ocasião, a possibilidade da pesquisa SRSR utilizar, para distribuição entre suas entrevistadas, o folheto - produzido pelo MUSA - com informações sobre saúde da mulher e localizações e formas de contato com os serviços de atendimento a mulher, tais como delegacia especializada e locais de atendimento da prefeitura. Entretanto, dados os custos de reimpressão deste material, decidiu-se pela sua não utilização.

1.4. Resultados

Como mencionado acima, e de acordo com a proposta original, o programa SRSR foi estruturado nos módulos de ensino, pesquisa e análise dos dados coletados. Dentro da estratégia de formar e capacitar o bolsista como pesquisador, foram oferecidos cursos na área de interesse substantiva do projeto (gênero, saúde reprodutiva, raça), bem como aqueles ligados aos aspectos metodológicos (amostragem, métodos qualitativos, análise introdutória de dados quantitativos), além de cursos de natureza mais operacional (Word, Excel, SPSS, Epi-info). No total, foram onze cursos oferecidos aos bolsistas SRSR (para maiores detalhes, vide item II atividades de ensino).

Com relação ao componente de pesquisa, os bolsistas participaram, como agentes, de todas as etapas que compuseram o projeto, desde o processo de amostragem até o processamento e análise dos dados levantados. As atividades de pesquisa foram embasadas nos cursos realizados, ou em treinamentos específicos, e culminaram, cada uma delas, com a elaboração dos produtos necessários à realização do trabalho de campo. De acordo, os bolsistas acompanharam a seleção da amostra, realizaram a listagem dos domicílios dos setores censitários selecionados, participaram na construção do instrumento de coleta de dados, testaram o questionário, participaram no aprimoramento do mesmo, foram a campo, criaram o livro de códigos, codificaram os questionários e montaram a máscara de entrada dados, analisando-os posteriormente. Em seu conjunto, as atividades desenvolvidas foram concebidas de forma a permitirem a interatividade entre ensino e pesquisa, tendo como eixo a preparação e a realização, pelos bolsistas, coordenados pelos professores responsáveis, do levantamento de informações sobre a realidade da saúde reprodutiva das populações femininas de Belo Horizonte e Recife.

A pesquisa sobre saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife foi constitui-se em um estudo domiciliar probabilístico, em três estágios. O primeiro estágio refere-se à seleção dos setores censitários, conforme o cadastro do IBGE elaborado para o Censo Demográfico 2000. No segundo estágio de seleção, em cada setor selecionado no primeiro estágio, foi feita uma operação de listagem dos domicílios particulares permanentes para atualizar as informações do IBGE e para que fosse efetuado o sorteio dos domicílios a serem visitados. Finalmente, em cada domicílio selecionado, foi sorteada uma mulher elegível - residente no domicílio e entre 15 e 59 anos de idade, para a entrevista. A realização da pesquisa nestes moldes visou a obtenção de dados estatisticamente representativos dos municípios em questão- de forma a se poder examinar diferenças por idade, condição sócio-econômica, município e, raça/cor.

A relevância desta pesquisa emerge na medida em que os aspectos acima mencionados

estão relacionados com uma série de questões fundamentais que perpassam a realidade das mulheres brasileiras – principalmente as de baixa renda e, neste subgrupo, as negras – em termos de saúde reprodutiva. A predominância da esterilização feminina como método contraceptivo preferencial, a escassez de informações sobre direitos reprodutivos e sobre os programas de atenção à mulher existentes, o baixo nível de conhecimento sobre a fisiologia reprodutiva e sobre o corpo, a oferta problemática e a qualidade questionável dos serviços oferecidos pelo setor público de saúde, dentre outros temas, são recorrentes desde as primeiras avaliações da implementação do PAISM, no início dos anos 90 (COSTA 1992, OSIS 1998, PORTELLA, SOUZA e DINIZ 1998, BERQUÓ 1995).

Estas questões se apresentam de formas diversas, de acordo com os diferenciais de renda, escolaridade e raça. Para tornar os efeitos destes fatores mais complexos, determinantes locacionais e regionais têm forte influência sobre o acesso aos métodos contraceptivos e aos programas de saúde da mulher – quanto mais na periferia urbana ou rural e quanto mais pobre, maiores tendem ser as dificuldades e as barreiras encontradas. Um exemplo paradigmático disto é a maior prevalência da laqueadura no Nordeste e nas áreas mais pobres do país. De fato, 40% das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos de idade e unidas estavam esterilizadas em 1996. No Nordeste este número chegava a 44%. Enquanto no restante do país, as esterilizações eram pagas pelas próprias mulheres, no Nordeste 70% eram pagas ou arranjadas por médicos e políticos, padrão que também se aplica às áreas menos desenvolvidas do país tais como o norte de Minas Gerais e a região Norte (BEMFAM/DHS 1997, CAETANO 2001).

Este fenômeno é resultante da associação entre a crescente demanda por contracepção na ausência de políticas públicas que efetivem uma oferta regular e de qualidade de métodos contraceptivos, engendrando, portanto, uma quadro de alternativas pobres e cruéis para as mulheres de baixa renda, com a influência dos médicos em meio à difusão de uma medicina curativa baseada em tratamento hospitalar e cirúrgico e a pervasividade do clientelismo em muitas áreas do Brasil (CAETANO 2000). Na verdade, a difusão da esterilização pelos estratos de mais baixa renda que se deu principalmente nos anos 1980 e início dos anos 1990, deflagrou uma série de debates que relacionaram as práticas contraceptivas com a variável raça/cor (CONGRESSO NACIONAL 1993, BERQUÓ 1994, BERQUÓ 1999, PERPÉTUO e WAJNMAN 1998). Considerou-se, inclusive, a existência de um plano concertado e financiado por entidades estrangeiras visando o controle da população negra (SERRUYA 1996, SOF 1994). Estes debates, e as análises sobre diferenças por raça/cor, desvaneceram-se na segunda metade dos anos 1990, apesar de haver indicações que apontam para diferenciais significativos (CAETANO, MIRANDA-RIBEIRO e CÉSAR 2001).

Ressalte-se, a este respeito, o compromisso do programa SRSR em comparar populações brancas e negras, visto que estas últimas apresentam um hiato histórico no que diz respeito à qualidade de vida em geral e a saúde reprodutiva em particular. De fato, a população negra, tal como definida pelo Movimento Negro, isto é, indivíduos que se classificam como pardos e pretos, apresenta desvantagens significativas, se comparada à população branca, em várias esferas, tais como mercado de trabalho, mortalidade, oportunidade de educação, habitação e mercado matrimonial (LOVELL 1991, BARCELOS 1992, SOARES 2000). Estas desvantagens também são identificadas em relação a conhecimento e acesso a serviços públicos de saúde reprodutiva (PERPÉTUO 2000). De uma forma geral, as mulheres negras, se comparadas às brancas, tendem a depender mais dos serviços públicos de atendimento ambulatorial e médico e, logo, no âmbito da saúde reprodutiva, seriam as que mais se beneficiariam de um pleno e eficaz funcionamento de programas estabelecidos de acordo com os preceitos do PAISM (OLIVEIRA 1998).

A seguir apresentamos alguns resultados selecionados da pesquisa SRSR indicados de questões e diferenciais que merecerão maiores análises. É importante ressaltar que está sendo elaborado um relatório descritivo dedicado especificamente aos resultados da pesquisa. A tabela abaixo apresenta a distribuição percentual das entrevistas em Belo Horizonte e Recife pela Pesquisa SRSR, segundo a cor ou raça auto-atribuída. A primeira linha de cada casela apresenta o número absoluto de mulheres em cada categoria (*Frequency*), a segunda linha mostra o percentual relativo ao total de mulheres (*Percent*), a terceira linha apresenta o percentual relativo ao total da linha (*Row Pct*) e, por a última linha mostra o percentual relativo ao total da coluna (*Col Pct*). Nota-se que as brancas são maioria em Belo Horizonte (45%), ao passo que as pardas eram maioria em Recife (41%). As negras (pardas mais pretas) perfazem um total de 50% em Belo Horizonte e 55% em Recife.

Distribuição percentual por raça/cor, categorias IBGE
Mulheres de 15 a 59 anos de idade - BH e Recife 2002

V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

	MUNIC(Município)		
Frequency Percent Row Pct Col Pct	Belo Horizonte	Recife	Total
Branca	395132 28.19 65.99 45.14	203619 14.53 34.01 38.69	598751 42.72

Preta	162237	75313	237550
	11.58	5.37	16.95
	68.30	31.70	
	18.54	14.31	
Parda	277032	214582	491614
	19.77	15.31	35.08
	56.35	43.65	
	31.65	40.78	
Amarela	343.59	1788.3	2131.9
	0.02	0.13	0.15
	16.12	83.88	
	0.04	0.34	
Indígena	39099	28524	67623
	2.79	2.04	4.82
	57.82	42.18	
	4.47	5.42	
NR	1457.3	2391.9	3849.2
	0.10	0.17	0.27
	37.86	62.14	
	0.17	0.45	
Total	875301	526219	1401520
	62.45	37.55	100.00

Com relação ao grau de escolaridade, nota-se, nas duas tabelas abaixo, que, em Belo Horizonte, 58% das mulheres brancas tinham 11 anos ou mais de estudo, contra 36% das negras. Nas categorias inferiores, ou seja, menos anos de estudo, o percentual de negras é sempre superior ao de brancas. Esta realidade se repete para Recife, tal e qual, o que indica, pelo menos no que diz respeito a educação, que as negras encontram-se em desvantagem, corroborando a literatura a respeito.

Distribuição percentual por número de anos de estudo, segundo raça/cor
Mulheres de 15 a 59 anos de idade - BH e Recife, 2002

Belo Horizonte

Educ V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Freqüência Percentual Linha Pct Coluna Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
0	5687.6	10333	3210.2	19231
	0.65	1.18	0.37	2.20
	29.57	53.73	16.69	
	1.44	2.35	7.85	
de 1 a 3 anos	17474	39962	6759.7	64196
	2.00	4.57	0.77	7.33

	27.22	62.25	10.53	
	4.42	9.10	16.53	
de 4 a 7 anos	84643	134600	11236	230479
	9.67	15.38	1.28	26.33
	36.72	58.40	4.88	
	21.42	30.64	27.47	
de 8 a 10 anos	56664	94792	8147.7	159604
	6.47	10.83	0.93	18.23
	35.50	59.39	5.10	
	14.34	21.58	19.92	
11 e mais	230313	159581	11546	401439
	26.31	18.23	1.32	45.86
	57.37	39.75	2.88	
	58.29	36.33	28.23	
NR	351.14	0	0	351.14
	0.04	0.00	0.00	0.04
	100.00	0.00	0.00	
	0.09	0.00	0.00	
Total	395132	439269	40899.5	875301
	45.14	50.18	4.67	100.00

Recife

Educ V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Freqüência
Percentual
Linha Pct
Coluna Pct

	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
0	9361.5	12883	938.63	23183
	1.78	2.45	0.18	4.41
	40.38	55.57	4.05	
	4.60	4.44	2.87	
de 1 a 3 anos	11458	29869	3963.1	45290
	2.18	5.68	0.75	8.61
	25.30	65.95	8.75	
	5.63	10.30	12.12	
de 4 a 7 anos	51135	88690	7661.4	147487
	9.72	16.85	1.46	28.03
	34.67	60.13	5.19	
	25.11	30.59	23.43	
de 8 a 10 anos	30539	48554	5354.5	84448
	5.80	9.23	1.02	16.05
	36.16	57.50	6.34	
	15.00	16.75	16.37	
11 e mais	100896	109898	14523	225317
	19.17	20.88	2.76	42.82
	44.78	48.77	6.45	
	49.55	37.91	44.41	
NR	230.7	0	263.73	494.43
	0.04	0.00	0.05	0.09

	46.66	0.00	53.34	
	0.11	0.00	0.81	
Total	203619	289896	32704.5	526219
	38.69	55.09	6.22	100.00

Com relação a planos de saúde e convênios médicos, SUS, a maior parte das negras, tanto em Belo Horizonte (62%) quanto em Recife (63%) não estão cobertas por este tipo de serviço. No outro lado da moeda, 54% das brancas, em Belo Horizonte, e 45% das mulheres brancas em Recife têm plano de saúde ou convênio médico. Este indicador sugere que são principalmente as mulheres negras as que mais dependem do sistema público de saúde para atender as suas demandas.

Distr. percentual por direito a plano de saúde/convênio, segundo raça/cor
Mulheres de 15 a 59 anos de idade - BH e Recife, 2002

Belo Horizonte

V0200(você tem um plano de saúde/convênio?)
V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
Não	181879	273928	26400	482208
	20.78	31.30	3.02	55.09
	37.72	56.81	5.47	
	46.03	62.36	64.55	
Sim	213253	165341	14499	393093
	24.36	18.89	1.66	44.91
	54.25	42.06	3.69	
	53.97	37.64	35.45	
Total	395132	439269	40899.5	875301
	45.14	50.18	4.67	100.00

Recife

V0200(você tem um plano de saúde/convênio?)
V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
Não	111694	201837	22526	336057
	21.23	38.36	4.28	63.86
	33.24	60.06	6.70	
	54.85	69.62	68.88	
Sim	91925	88059	10178	190162
	17.47	16.73	1.93	36.14
	48.34	46.31	5.35	
	45.15	30.38	31.12	

Total	203619	289896	32704.5	526219
	38.69	55.09	6.22	100.00

A respeito da uso de métodos contraceptivos, as tabelas abaixo indicam que a esterilização feminina continua sendo o método mais privilegiado, uma vez que 31% das belorizontinas entre 15 e 49 anos de idade, casadas ou unidas, e 47% das recifenses estavam laqueadas no momento da entrevista. Em ambos os municípios, as mulheres negras apresentam um percentual maior de laqueadas. Entre estas mulheres, em Belo Horizonte, 51,5% eram negras, contra 40,5% de brancas. Em Recife, entre as mulheres esterilizadas, 58% eram negras, ao passo que 35% eram brancas. De uma forma geral, estes dados apontam para a continuidade da concentração do *mix* contraceptivo na pílula e na esterilização, sendo que no Recife a pílula tem uma importância assaz reduzida, se comparado ao caso de Belo Horizonte. E esta tendência, ao que tudo indica, é mais intensa entre as mulheres negras. É necessário, porém, investigar qual a proporção das esterilizações cirúrgicas femininas foram feitas através dos procedimentos definidos em lei. Cabe ressaltar que 56% das mulheres unidas, não grávidas, entre 15 e 49 anos de Belo Horizonte desconhecem a existência deste serviço, o que também é o caso de 57% das recifenses nesta categoria. De qualquer forma, o banco de dados SRSR tem informações que permitem o refinamento desta análise.

Distribuição percentual por método atual, segundo raça/cor
Mulheres unidas, não grávidas, de 15 a 49 anos de idade - BH e Recife, 2002

Belo Horizonte

V0911(que método usa atualmente)

	V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)			
Frequency Percent Row Pct Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
Não uso	23966	15466	1677.7	41109
	7.95	5.13	0.56	13.64
	58.30	37.62	4.08	
	17.23	10.52	10.99	
Pílula	34533	32624	2188.5	69345
	11.46	10.82	0.73	23.01
	49.80	47.05	3.16	
	24.83	22.18	14.33	
Outros modernos	23118	25202	3011.2	51330
	7.67	8.36	1.00	17.03
	45.04	49.10	5.87	
	16.62	17.13	19.72	
Condom	14651	21306	524.79	36482

	4.86	7.07	0.17	12.10
	40.16	58.40	1.44	
	10.54	14.49	3.44	
Esterilização fe	37813	48044	7430.9	93288
minina	12.55	15.94	2.47	30.95
	40.53	51.50	7.97	
	27.19	32.67	48.67	
Tradicionais	4451.8	4435.6	433.8	9321.1
	1.48	1.47	0.14	3.09
	47.76	47.59	4.65	
	3.20	3.02	2.84	
Outros	526.98	0	0	526.98
	0.17	0.00	0.00	0.17
	100.00	0.00	0.00	
	0.38	0.00	0.00	
Total	139060	147077	15266.8	301403
	46.14	48.80	5.07	100.00

Recife

V0911(que método usa atualmente)

V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
Não uso	15880	15458	2212.8	33550
	7.84	7.63	1.09	16.57
	47.33	46.07	6.60	
	20.75	13.40	20.99	
Pílula	12246	17415	697.59	30359
	6.05	8.60	0.34	14.99
	40.34	57.36	2.30	
	16.00	15.09	6.62	
Outros modernos	2380.4	6423.3	218.82	9022.5
	1.18	3.17	0.11	4.46
	26.38	71.19	2.43	
	3.11	5.57	2.08	
Condom	9577.3	15929	961.38	26468
	4.73	7.87	0.47	13.07
	36.18	60.18	3.63	
	12.51	13.81	9.12	
Esterilização fe	33080	55061	6449.6	94590
minina	16.34	27.20	3.19	46.72
	34.97	58.21	6.82	
	43.21	47.72	61.19	
Tradicionais	3118.5	4613.1	0	7731.5
	1.54	2.28	0.00	3.82
	40.33	59.67	0.00	
	4.07	4.00	0.00	

Outros	264.71	478.7	0	743.41
	0.13	0.24	0.00	0.37
	35.61	64.39	0.00	
	0.35	0.41	0.00	
Total	76546.6	115378	10540.2	202465
	37.81	56.99	5.21	100.00

As tabelas abaixo indicam que 76% das belorizontinas e 69% das recifenses desconhecem a existência de serviços de aborto legal, não havendo diferença substancial entre brancas e pretas em Recife, ao passo que em Belo Horizonte, entre aquelas que conhecem a possibilidade de aborto legal, 53% são brancas e 43% são negras. De forma geral, este indicador aponta para uma ampla desinformação do aborto legal na rede público, a despeito de todas as dificuldades para obtê-lo.

Distr. percentual segundo conhecimento sobre aborto legal, segundo raça/cor
Mulheres de 15 a 59 anos - BH e Recife, 2002

Belo Horizonte

V0951(sabe se aborto pode ser feito através do SUS/hosp. público)
V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total
Não, não pode	163412	186343	19501	369256
	18.67	21.29	2.23	42.19
	44.25	50.46	5.28	
	41.36	42.42	47.68	
Sim, pode	113536	93181	7360.4	214077
	12.97	10.65	0.84	24.46
	53.03	43.53	3.44	
	28.73	21.21	18.00	
Não sabe	118184	159745	14038	291967
	13.50	18.25	1.60	33.36
	40.48	54.71	4.81	
	29.91	36.37	34.32	
Total	395132	439269	40899.5	875301
	45.14	50.18	4.67	100.00

Recife

V0951(sabe se aborto pode ser feito através do SUS/hosp. público)
V0126(cor/raça segundo categorias IBGE)

Frequency / Percent / Row Pct / Col Pct	Branca	Negra	Amar./Indíg./NR	Total

Não, não pode	71635	102639	17265	191538
	13.61	19.51	3.28	36.40
	37.40	53.59	9.01	
	35.18	35.41	52.79	
Sim, pode	63829	91965	6544.4	162338
	12.13	17.48	1.24	30.85
	39.32	56.65	4.03	
	31.35	31.72	20.01	
Não sabe	68156	95291	8895.6	172343
	12.95	18.11	1.69	32.75
	39.55	55.29	5.16	
	33.47	32.87	27.20	
Total	203619	289896	32704.5	526219
	38.69	55.09	6.22	100.00

Assim, como estes resultados selecionados, as informações sobre conhecimento, acesso e utilização de serviços de pré-natal, parto e pós-parto, métodos contraceptivos e acompanhamento ginecológico indicam um alto nível de desinformação, estando as mulheres negras em desvantagem na maioria dos casos. Além disso, os dados sobre serviços médicos procurados e formas de pagamento indicam uma grande dependência do SUS, sendo esta dependência substancialmente superior no caso das negras. Apesar de uma apresentação mais aprofundada destes resultados não fazer parte do escopo deste relatório, o relatório descritivo da pesquisa trará maiores detalhes a respeito.

Neste sentido, a capacidade do setor público em atender a população feminina com serviços de qualidade, dentro das diretrizes do PAISM, é central para se alcançar a cidadania no âmbito da saúde reprodutiva no Brasil (SILVER 1999). É importante frisar que, ao contrário desta pesquisa, a maioria das avaliações feitas sobre conhecimento e acesso ao atendimento público em saúde reprodutiva têm privilegiado o lado da oferta, através de entrevistas com os profissionais de saúde nos serviços existentes, e mulheres que buscam estes atendimentos (LUIZ e CITELI 2000, BERQUÓ e CAVENAGHI 2002). Assim, a maioria deles, no que diz respeito às usuárias, tende a apresentar efeitos de seletividade que podem resultar em um quadro que não reflete a realidade da maioria da população.

De uma forma mais geral, a investigação sobre cidadania e saúde reprodutiva (ÁVILA 1993) se faz premente na medida em que se faz necessário estabelecer o nível real de conhecimento da população feminina com relação aos seus direitos definidos em lei (GALVÃO e DIAZ, 1999 GIFFIN e HAWKER 1999). Por este motivo, a pesquisa SRSR investigou os direitos a contracepção e esterilização, aborto e licença maternidade. Para associar o conhecimento destes direitos com a vivência e necessidades cotidianas, foram coletados, também, dados relativos ao

acesso, uso e avaliação dos atendimentos pré-natal, parto e puerpério, obtenção gratuita de anticoncepcionais, atendimento ginecológico e menopausa. Finalmente, procurou-se detectar a proporção de mulheres que dependem exclusivamente do sistema de saúde pública, através do SUS, a proporção que utiliza planos de saúde e a proporção que utiliza serviços particulares, assim como as diversas combinações destas três categorias.

Gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis foram dois outros pontos considerados. Pesquisas levadas a cabo no Brasil e em outros países indicam que o aumento do número de gravidezes indesejadas e da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis é resultante, dentre outros fatores, da precariedade dos serviços de planejamento familiar e de educação sexual (DIETRICH 1998, ABMA, DRISCOLL e MOORE 1998, BEMFAM 1993, KAUFMANN 1991). Não obstante, a maioria destes estudos deixa à larga valores, hábitos e atitudes que determinam o grau de liberdade que as mulheres têm para negociarem sua disponibilidade sexual, o qual, por sua vez, está associado a papéis e relações de gênero (GRAS 2002, KIRBY 2001, REBHUN 1999). Esta pesquisa usou uma bateria de quesitos para identificar o nível de controle feminino sobre a prática sexual, além de coletar informações sobre a história marital das mulheres.

Em síntese, para coletar dados que permitissem o estudo destas questões, foram enfatizados os seguintes tópicos: (1) fecundidade, planejamento da fecundidade e história de gravidezes; (2) acesso, utilização, forma de pagamento e avaliação dos atendimentos de pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento ginecológico e menopausa; (3) anticoncepção; (4) conhecimento dos direitos e serviços de saúde reprodutiva relativos a aborto, contracepção e tratamento da aids; (5) utilização acesso destes serviços; (6) a utilização de serviços públicos vis-à-vis aos serviços privados, controlando-se pela participação em planos e seguros de saúde; (7) história marital e comportamento sexual, com quesitos sobre autonomia sobre a prática sexual; e (8) DST/Aids (ver Anexo III - Item 2).

Além destes tópicos, o questionário contém quesitos de caracterização do domicílio e da entrevistada, com variáveis sobre escolaridade, ocupação, renda, religião, participação social e raça/cor. Com relação a esta última característica, testamos formas diferentes de coleta de dados, com perguntas cujas respostas são pré-codificadas, utilizando as categorias do IBGE, e outras desenvolvidas em outros estudos, incluindo as cores “negra” e “morena”, pergunta com resposta aberta (estilo PNAD/76) e classificação do entrevistador (estilo DHS). Além disso, a partir dos resultados de pré-testes realizados na disciplina Demografia da Raça II, replicamos e adaptamos perguntas do questionário do *Belo Horizonte Area Survey* e da pesquisa sobre racismo feita pelo

DataFolha, “300 anos de Zumbi: os brasileiros e o preconceito de cor”, publicada em 1995. Finalmente, ainda com base nos resultados do referido curso, fizemos perguntas que, acreditamos, são únicas, sempre com o objetivo de tentar melhorar a forma como cor/raça é captada na maioria das pesquisas.

Conforme estabelecido pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde, o material requisitado, incluindo descrição detalhada, termo de consentimento livre e esclarecido e parecer consubstanciado da Câmara Departamental, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP-UFMG. Nesta instância, a pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife foi aprovada definitivamente em 23 de abril de 2003, de acordo com o parecer 046/02.

Com relação aos quesitos utilizados no questionário, o principal modelo foi o instrumento da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 1996 (BEMFAM/ Ministério da Saúde/Macro International). No entanto, introduzimos novos quesitos para captar as informações sobre raça/cor e cidadania reprodutiva, principalmente acompanhamento ginecológico, aborto, atendimento pré-natal, no parto e pós-parto, utilização de serviços particulares de saúde versus serviços públicos e conhecimento, uso, acesso e avaliação de serviços de saúde reprodutiva. Para este último tópico, utilizamos o questionário da *Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar*- PNAD 1998 como referência. Outros tópicos detalhadamente estudados pela PNDS, tais como mortalidade materna e saúde infantil, não foram investigados por este estudo.

Deve-se ressaltar que a última pesquisa, realizada no Brasil, com perfil similar ao levantamento do programa SRSR foi exatamente a PNDS de 1996, a qual não tem representatividade para municípios. Assim, a pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife fornece informações a respeito do comportamento reprodutivo feminino e um quadro real da demanda, acesso, utilização e avaliação de serviços de saúde reprodutiva em dois universos municipais representativos de grandes áreas urbanas das regiões Sudeste e Nordeste. A análise destes dados, articulada com o nível de cidadania no que diz respeito à conscientização, utilização e qualidade do serviço prestado, representa uma inovação deste estudo.

Com relação aos diferenciais por raça/cor, as informações coletadas por este estudo podem ser instrumentais para a proposição de políticas compensatórias e direcionadas para sub-populações específicas, subsidiando e orientando os governos municipais nesta tarefa. A importância deste recorte esteve por trás da definição do número de entrevistas completas a ser atingido, 1.200, no sentido de obtermos informações estatisticamente representativas dos universos pesquisados e justificou a realização de amostras suplementares em Belo Horizonte e Recife. De fato, nos primeiros dois meses do trabalho de campo, deparamo-nos com um percentual de cerca de 60% de

entrevistas completas, o que significava 924 questionários completos. Diante disto, a coordenação do programa decidiu complementar o campo, realizando uma amostra suplementar em cada município, de forma a se evitar o comprometimento das análises por condição socioeconômica e raça/cor.

Em suma, as questões apresentadas acima deram corpo aos componentes de ensino e pesquisa ao Programa SRSR. De um lado, elas estiveram por trás da concepção e organização das atividades de ensino desenvolvidas e, por outro, configuraram-se como alvo do trabalho de levantamento de dados. Este, por sua vez, conectou, funcionalmente, as atividades de ensino e de planejamento, campo, tratamento, análise dos dados e elaboração de produtos finais.

O componente de ensino constituiu o Módulo 1. Nele foram realizados onze cursos, os quais cobriram os temas reprodução humana, saúde reprodutiva, relações de gênero, demografia da raça, amostragem, métodos qualitativos, tratamento de dados e análise de dados quantitativos. Estes cursos formaram a base substantiva para a concepção e implementação das atividades de pesquisa. Estas atividades são detalhadamente descritas na parte II deste relatório.

O componente de pesquisa foi subdividido em cinco módulos: amostragem e listagem dos domicílios (2), elaboração do instrumento de coleta de dados (3), pré-teste e aprimoramento do instrumento (4), preparação e implementação da operação de campo (5) e tratamento e processamento dos dados (6). A digitação dos dados em meio eletrônico foi contratada a terceiros. Com o banco de dados montado, o Prof. Pedro Luís Nascimento Silva executou o cálculo dos pesos. A verificação de consistência dos dados, por sua vez, foi realizada na prática da elaboração dos trabalhos finais. Cada bolsista, ao analisar as variáveis relevantes para o seu artigo, identificou eventuais inconsistências dos dados e problemas de digitação. As atividades de pesquisa realizadas nestes módulos são descritas na parte III deste relatório.

Com relação ao componente de pesquisa qualitativa, originalmente proposto, verificou-se, no transcorrer das atividades, que não seria viável em termos de cronograma, recursos e prioridades. Por este motivo, decidiu-se que aqueles bolsistas cujos interesses requeressem coleta e análise de dados qualitativos desenvolveriam, sob a orientação dos coordenadores, seu próprio trabalho qualitativo. A fim de capacitar a todos para tanto, foram oferecidos dois cursos em métodos qualitativos. As bolsistas Andréa Simão, Beatriz Filgueiras, Marisa Lacerda, Júnia Quiroga e Maria Ângela de Araújo desenvolveram atividades individuais envolvendo coleta e análise de dados qualitativos.

Finalmente, a terceira parte do projeto, módulo 7, objetivou a análise dos dados coletados durante a pesquisa de campo. Para este fim, os bolsistas participaram do curso sobre análise de

dados quantitativos, ministrado pela Profa. Taís de Freitas Santos, e elaboraram projetos de artigos monográficos. Estes projetos foram discutidos em seções coletivas com os professores Paula Miranda-Ribeiro, André Junqueira Caetano e Taís de Freitas Santos, de forma que fossem aprimorados até atingirem seu formato final. Nestas ocasiões, os bolsistas definiram as variáveis do banco de dados SRSR a serem utilizadas em seus respectivos trabalhos. Uma vez com os projetos finalizados e com as variáveis a serem analisadas definidas, eles passaram a ter orientação individual, de acordo com a temática escolhida por cada um deles. Os trabalhos finais dos bolsistas são apresentados na parte IV deste relatório.

O quadro IV, abaixo, apresenta, de forma sintética, as atividades implementadas e desenvolvidas, em relação às originalmente propostas. O cronograma das atividades desenvolvidas pelo programa SRSR encontra-se na parte V deste relatório.

Quadro IV: Atividades Propostas e Atividades Desenvolvidas

Atividades Propostas	Atividades Desenvolvidas
Módulo 1: Atividades de ensino – literatura, metodologia	Módulo 1: Atividades de ensino – literatura, metodologia
Módulo 2: Atividade de ensino – Amostragem	Módulo 2: Amostragem e arrolamento
Módulo 3: Construção do instrumento de coleta dos dados	Módulo 3: Elaboração do instrumento de coleta dos dados
Módulo 4: Pré-testes e aprimoramento	Módulo 4: Pré-testes e aprimoramento do instrumento de coleta dos dados
Módulo 5: Trabalho de campo	Módulo 5: Treinamento e Implementação do trabalho de campo, Trabalho de Campo
Módulo 6: Processamento dos dados quantitativos	Módulo 6: Tratamento e Processamento dos dados quantitativos
Módulo 7: Análise quantitativa	Módulo 7: Análise dos dados quantitativos
Módulo 8: Roteiro qualitativo, amostragem e pré-teste qualitativos	
Módulo 9: Entrevistas em profundidade	
Módulo 10: Transcrição e preparação dos dados para pacote qualitativo	
Módulo 11: Análise qualitativa	
Módulo 12: Trabalho final	Módulo 8: Trabalhos finais
Módulo 13: Seminário de avaliação	

Concluindo, o programa SRSR, seguindo as diretrizes e prioridades definidas pelo Programa de Saúde Reprodutiva da Fundação Ford, treinou e capacitou seus bolsistas nos temas em

questão, tanto substantiva e metodológica, quanto na prática, para atuar em atividades de pesquisa na área de saúde reprodutiva, com ênfase no recorte por raça. Neste aspecto, implementou, interativa e funcionalmente, uma pesquisa de campo que permitiu aos bolsistas atuarem, como agentes e co-responsáveis, em todas as suas etapas, desde os procedimentos amostrais e elaboração do instrumento de coleta de dados até o tratamento e análise dos dados, incluindo-se, nesta trajetória, listagem dos domicílios, testes do questionário, organização operacional e logística, supervisão de campo e escritório e elaboração do livro de códigos e da máscara de entrada de dados. A participação de cada bolsista é descrita em cada um dos módulos apresentados na seção III deste relatório.

Consideramos que os bolsistas, mesmo os que se inseriram no programa posteriormente ao seu início, adquiriram uma experiência global, no que diz respeito à realização de pesquisas, compreendendo como cada etapa de trabalho está relacionada à anterior, vivenciando estas etapas e aprendendo, na prática, como solucionar problemas e proceder devidamente, de maneira que se garanta a qualidade e a fidedignidade das informações coletadas. Assim, acreditamos que o Programa SRSR foi bem sucedidos na medida em que avaliamos que todos os seus bolsistas estão plenamente qualificados para trabalhar em pesquisa sobre qualquer temática e para atender demandas específicas, sejam elas de planejamento, organização, implementação ou de execução.

A conexão entre os componentes de ensino e pesquisa pode ser avaliada através dos trabalhos finais dos bolsistas, apresentados na parte IV deste relatório. A bolsista Andréa Simão realizou uma caracterização do comportamento sócio-demográfico e reprodutivo das jovens brancas e negras de 15 a 29 anos dos dois municípios estudados. Em sua análise exploratória, a bolsista constatou que mais da metade das jovens de Belo Horizonte e Recife se declararam como negras. Em relação à escolaridade, a investigação de Andréa aponta para o fato de que as jovens brancas, ao contrário das negras, conquistam patamares mais elevados de escolaridade. As diferenças educacionais entre brancas e negras, em ambos os municípios é bastante expressiva. O acesso à educação superior é extremamente mais difícil para as negras do que para as brancas nas duas localidades estudadas. As jovens em Belo Horizonte permanecem por mais tempo no estado de solteiras. Em Recife, por outro lado, o percentual de divorciadas é muito mais elevado do que no município mineiro.

Em Recife, segundo a análise da bolsista, as jovens iniciam sua vida sexual mais cedo do que em Belo Horizonte, sendo as idades medianas desse evento de 16 e 17 anos, respectivamente. Quando introduziu a variável cor, os resultados de Andréa apontaram que a vida sexual das jovens negras se inicia mais cedo do que as das jovens brancas. Já a idade mediana do primeiro casamento

é mais baixa para as belo horizontinas do que para as recifenses. Enquanto as primeiras se casam, em média, aos 19 anos, as de Recife se casam aos 20 anos. Quanto à idade mediana ao nascimento do primeiro filho, a análise da bolsista revelou que, em ambos os municípios, as jovens têm seu primeiro filho, em média, com 19 anos.

A bolsista Beatriz Filgueiras desenvolveu trabalho no qual avalia a realidade contraceptiva das mulheres belorizontinas, segundo a raça, e o funcionamento dos serviços públicos que ofertam métodos no município de Belo Horizonte, além do grau de aderência dos mesmos aos preceitos estipulados no âmbito do PAISM. Para alcançar seus objetivos, Beatriz analisou os dados da pesquisa sobre saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife e entrevistou as coordenadoras dos programas de atenção à mulher estadual e municipal. Beatriz visitou, também, cinco postos de saúde de maneira que pudesse contrapor as falas das autoridades de saúde com a realidade local. Os resultados destas atividades foram, por fim, contrapostos aos resultados da análise dos dados quantitativos para Belo Horizonte.

O trabalho da bolsista Beatriz Filgueiras indica que os serviços públicos de planejamento familiar não funcionam de acordo com os preceitos do PAISM. Apesar de haver, entre as belorizontinas, um alto grau de conhecimento sobre a existência de serviços públicos ofertando métodos, é maior a proporção de negras que utilizam postos de saúde, tanto para atendimento ginecológico quanto para a obtenção de métodos. Neste sentido, são as mulheres negras as que mais padecem de um acesso, atendimento e acompanhamento médico precários na rede pública.

Em "Contracepção: Um panorama da população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE em 2002", Elizângela Braga implementa uma investigação preliminar sobre o conhecimento e uso de métodos contraceptivos, fazendo um recorte por raça/cor, para o grupo de mulheres de 15-59 anos nas cidades de Recife/PE e Belo Horizonte/MG. Na medida do possível, ela procura identificar possíveis diferenciais por raça/cor quanto à saúde reprodutiva das mulheres pesquisadas. A exemplo do que foi apontado no estudo de Simone, Elizângela também chama a tenção para a desvantagem socioeconômica da população negra quando comparadas inter e intra municipalmente. No tocante à contracepção, os resultados sugerem a existência de diferenciais regionais e por grupos raciais quanto ao conhecimento e utilização de contraceptivos. Esse fato já havia sido evidenciado por outras pesquisas, como a PNDS 1996, que detectaram o impacto regional e condicionantes sócio-econômicos individuais como alguns dos fatores ligados à contracepção.

Júnia Quiroga desenvolveu o trabalho "Raça e gênero como determinantes do comportamento preventivo entre mulheres casadas e unidas em Belo Horizonte e Recife". Nele, a

aluna se propõe a fazer uma investigação preliminar, no sentido de se chegar a uma primeira aproximação quanto aos determinantes da decisão de adotar (ou não) a prática de sexo seguro, definindo a vulnerabilidade a DST/AIDS das mulheres casadas em contraposição à das unidas em Belo Horizonte e Recife. De uma maneira particular, ela procura investigar a influência das questões raciais e de gênero sobre esta decisão.

Em sua investigação, Júnia encontrou que apesar de as mulheres casadas e unidas, brancas e negras da amostra, revelarem conhecimento sobre a eficácia preventiva do *condom* contra HIV/DST/s e saberem onde adquiri-lo, elas fazem baixo uso do preservativo em suas relações sexuais. Na mesma linha do que tem sido encontrado em vários outros estudos, o não uso do condom geralmente é justificado pelo fato de a mulher estar fazendo uso de outros métodos anticonceptivos, da confiança depositada no parceiro e ao fato de não gostar do preservativo na relação sexual. Nesta primeira abordagem não foi possível concluir a respeito dos diferenciais de vulnerabilidade por raça. No entanto, Júnia dará prosseguimento a sua investigação, aplicando técnicas estatísticas mais adequadas e complementando seu estudo com dados qualitativos.

Em "Conexões entre Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher em Belo Horizonte e em Recife" do aluno Lizandro Nei Gualberto, são investigados os relacionamentos entre a modalidade de contraceptivo utilizado pelas entrevistadas no momento da pesquisa, a raça/cor da mulher e seu status em relação ao parceiro. A população selecionada para o estudo são as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) que conhecem tanto métodos modernos quanto os locais de obtenção (foram excluídas as grávidas e as mulheres que queriam ter filhos em curto prazo, i.e., até dois anos depois da pesquisa).

Os principais achados do estudo de Lizandro Nei Gualberto apontam que permanece a esterilização como a modalidade contraceptiva generalizada independente de classe social ou nível de escolaridade. Entre as negras a esterilização permanece também como a primeira modalidade padrão, demandando tanto pesquisas mais qualitativas para saber o porquê desta preferência, quanto políticas públicas direcionadas para a raça negra brasileira. Em termos positivos o estudo aponta para a ascensão da camisinha como segundo padrão de modalidade contraceptiva entre as negras (na PNDS 1996 era o "não uso"). O status da mulher contribui, segundo o aluno, para um aumento das chances da escolha de camisinha em contraste a outras modalidades contraceptivas, revelando um maior poder de negociação por parte da mulher dentro do casal. Uma vez que o comportamento contraceptivo tem no acesso a métodos uma de suas dimensões, o autor sugere que as altas razões de chance para camisinha em relação a outros métodos contraceptivos podem ser o

primeiro sinal de sucesso das campanhas nacionais para a prevenção de DSTs e da distribuição gratuita de preservativo nas grandes cidades.

O trabalho de Maria Ângela também procurou investigar diferenças entre jovens brancas e negras. A aluna analisou a realidade das mulheres entre 15 e 24 anos e entre 50 e 59 anos de idade, residentes no município de Belo Horizonte, em relação à escolaridade, ocupação e casamento. Segundo os dados de Maria Ângela, as mulheres negras do município mineiro encontram mais dificuldades de ascensão social devido às barreiras impostas pelo grau de escolaridade que conquistam, pelas ocupações que ocupam e pelo contexto do mercado de casamento que vivenciam.

A partir das informações das mulheres sexualmente ativas de 15 a 24 anos, a aluna Marisa Alves Lacerda traça um perfil tanto da anticoncepção (conhecimento do ciclo reprodutivo e uso de método contraceptivo), quanto do conhecimento sobre AIDS (incluindo noções de sexo seguro) dando destaque às diferenças raciais. Os resultados deste estudo indicam que a população de jovens negras mostra-se em desvantagem na informação e adoção de certos procedimentos contraceptivos, sendo as de Recife/PE mais vulneráveis do que a população de Belo Horizonte/MG. Recife tem piores resultados para não uso corrente de método, percentuais mais baixos de conhecimento do ciclo reprodutivo. Em ambas as cidades, ainda é grnnde o percentual das jovens sexualmente ativas que declararam conhecer AIDS mas não usam camisinha nas relações sexuais. O trabalho de Marisa Lacerda aponta para a necessidade de políticas públicas e trabalhos pedagógicos direcionados à população jovem com o propósito de melhorar a transmissão de conhecimento sobre as formas de se prevenir gravidezes e DST/AIDS. Comparando este trabalho com uma pesquisa qualitativa feita pela autora, aponta-se a mídia eletrônica como principal veículo para a disseminação dessas informações.

No trabalho "Mulheres negras e brancas em Belo Horizonte e Recife: um perfil demográfico e sócio-econômico", Simone Santos procura investigar em que medida, a variável raça é determinante para a alocação e distribuição de benefícios materiais e simbólicos dentro da sociedade brasileira. Mais especificamente, ela procura traçar o perfil demográfico e sócio-econômico das mulheres negras (pretas e pardas) e brancas, em um estudo comparativo entre Belo Horizonte e Recife, no sentido de colocar em evidência as desigualdades "raciais" existentes no Brasil. O estudo de Simone sugere uma expressiva desigualdade de oportunidades entre brancas, pretas e pardas nos municípios de Belo Horizonte e do Recife, em termos de acesso à educação, à saúde e a outras dimensões socioeconômicas analisadas, tais como posse de bens no domicílio.

Independente dos objetivos de formação e capacitação, os trabalhos finais dos bolsistas

apontam para a relevância da pesquisa realizada pelo programa SRSR. Os dados coletados pela pesquisa SRSR significam uma oportunidade relevante no sentido de contribuir tanto para a atualização e melhor conhecimento da situação das mulheres em geral, e das mulheres negras em particular, quanto para a avaliação, proposição e implementação de políticas públicas, universalistas ou focalizadas, na área de saúde reprodutiva nestes municípios e em suas regiões metropolitanas, bem como em outras áreas urbanas do país.

Consideramos, assim, que o retorno advindo do programa SRSR será substancial. Por um lado, os trabalhos finais de alguns bolsistas deverão ser submetidos para publicação, de forma que os resultados e informações sejam socializados. Os coordenadores do projeto também estão elaborando artigos com vistas à publicação. O Prof. André Junqueira Caetano trabalhará os dados sobre contracepção, conhecimento, acesso, utilização e avaliação de serviços públicos de atendimento à saúde da mulher, com ênfase em métodos anticoncepcionais e hospitais que ofertam a esterilização cirúrgica pelo SUS. A prof. Paula Miranda-Ribeiro trabalhará a questão racial, de casamento e, em termos de sexualidade e saúde reprodutiva, dará atenção às mulheres de 15 a 29 anos.

Um outro retorno do projeto será a publicação de um livro que, utilizando dados SRSR, dará um panorama da saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife. A edição do livro, a cargo dos pesquisadores principais, contará com a participação do corpo docente da área de Demografia do Cedeplar. Acreditamos que a disseminação dos resultados no meio acadêmico, entre os planejadores de políticas públicas e para o público em geral terá um caráter não apenas informativo, mas oferecerá subsídios para eventuais mudanças sociais. Para maiores detalhes, vide proposta de renovação.

Por fim, conforme compromisso assumido no início das atividades deste programa, estamos realizando contatos com a coordenação do programa de atenção à mulher, da Secretaria Municipal de Saúde, em Belo Horizonte, para avaliarmos a utilização dos resultados obtidos pela análise dos dados da pesquisa pelas autoridades municipais competentes. A partir desta avaliação, será elaborado um relatório específico, para uso da Secretaria Municipal de Saúde, sobre o quadro encontrado no município, de forma que se possa compreender melhor a realidade vivenciada pela população feminina, especialmente as mulheres negras e as de baixa renda, conforme as necessidades e prioridades definidas pelas responsáveis por estes serviços. Em Recife, este retorno ficará a cargo do SOS Corpo, Gênero e Cidadania.

O retorno para o movimento de mulheres e para o movimento negro se dará de forma similar. Através da Dra. Fátima Oliveira, realizaremos encontros com representantes destes

movimentos a fim de avaliarmos os resultados obtidos e elaborarmos, conjuntamente, produtos que atendam a demanda destes setores. A bolsista Yone Gonzaga, ativista da RedeSaúde, terá participação ativa nesta tarefa.

Através da Secretaria Municipal de Saúde e dos movimentos organizados, almejamos uma divulgação mais ampla, inclusive através da imprensa, dos resultados do projeto, que não se restrinja somente à academia e atinja a sociedade como um todo.

A partir da capacitação de seus bolsistas, da produção de artigos e dos retornos específicos, efetuados em conjunto com autoridades de saúde e movimentos sociais organizados, avaliamos que o programa SRSR alcançou plenamente seus objetivos. A avaliação dos problemas enfrentados, bem como de suas limitações é apresentada na seção seguinte.

1.5. Avaliação

1.5.1. Planejamento, Montagem da Equipe, Recrutamento, Implementação e Execução

Conforme discutido anteriormente, o objetivo principal do programa SRSR foi o treinamento de pessoal, privilegiando a participação de estudantes negros, através de atividades associadas de ensino e pesquisa nas áreas de saúde reprodutiva e sexualidade, com ênfase em suas interfaces com raça, bem como as diversas interações entre estes três componentes. Com base nesta diretriz básica, os cursos oferecidos foram concebidos de forma a construírem a base teórica e metodológica para formação dos bolsistas e para a realização das atividades de pesquisa, as quais configuraram-se como módulos práticos de treinamento e capacitação.

Assim, as atividades de ensino foram fundamentais tanto para a formação substantiva dos participantes, quanto para permitir a participação ativa de todos nos módulos práticos do programa. O resultado desta associação refletiu-se na obtenção de um banco de dados de qualidade, representativo dos universos pesquisados, na capacidade dos bolsistas levarem a cabo a análise dos dados e na elaboração, por parte destes, de um trabalho monográfico final utilizando os dados SRSR, à luz da bagagem teórica e metodológica adquirida durante o programa.

Ressalte-se, neste sentido, que duas questões de fundo, extremamente importantes, permearam o planejamento e a implementação do Programa SRSR. Em primeiro lugar, tinha-se que levar em conta a multidisciplinaridade inerente aos três tópicos envolvidos. Lidar com saúde reprodutiva, sexualidade e raça implica em trabalhar com aportes teóricos, metodológicos e técnicos de áreas tais como a medicina, a demografia, sociologia, antropologia, análise de dados quantitativos e análise de métodos qualitativos. Era necessário, portanto, estabelecer um programa que permitisse a interatividade dos diversos domínios relevantes. Em segundo lugar, a realização de uma pesquisa amostral domiciliar de porte em duas capitais estaduais, representaria uma alta demanda em termos de tempo, recursos financeiros e recursos humanos e, logo, necessitaria ser cuidadosamente planejada e implementada.

Diante desta realidade, procuramos, em primeiro lugar, montar uma equipe de pesquisadores experientes que, em seu conjunto, desse conta da multidisciplinaridade da abordagem e da complexidade da tarefa, ou seja, tanto em termos de cursos quanto de pesquisa. Assim, o projeto original previu a participação de cinco pesquisadores principais, Paula Miranda-Ribeiro, André Junqueira Caetano, Maria do Carmo Fonseca, Cibele Comini César e Daisy Maria Xavier de Abreu, sendo estas três últimas previamente contactadas e convidadas. A Profª Maria do Carmo é profunda conhecedora das questões de gênero, em suas diversas interfaces e

especificidades. Como estatística, Profª Cibele atenderia às demandas nas áreas de amostragem e ensino e análise de dados quantitativos. Por fim, Daisy Abreu contribuiria com a sua vasta experiência em organização e gerenciamento de pesquisa.

Não foi possível, entretanto, contar com a colaboração de todos eles. A Profª Maria do Carmo aposentou-se em abril de 2001 e imediatamente assumiu a posição de Professora Catedrática da Universidade Autónoma de Barcelona, na Espanha, onde deverá permanecer até agosto de 2003. Quando da implementação do Programa SRSR, a Profª Cibele César já havia assumido outros compromissos profissionais e não dispunha do tempo necessário para se dedicar ao programa. Daisy Abreu, já em fins de 2000, optou por fazer parte da equipe da CBO/2000 (Classificação Brasileira de Ocupações), cuja bolsa de pesquisa tinha valor mais atrativo.

Apesar deste empecilho, tomamos como um desafio que poderia ser enfrentado a contento com trabalho, dedicação e empenho, o que a princípio configurava-se como um problema. Assim, além de dedicarmos uma carga horária substancialmente maior do que a planejada quando da concepção do projeto, contamos, sempre que se fez necessário, com professores colaboradores. Dentro deste espírito, estiveram no SRSR os professores Sandra Azeredo (relações de gênero), do Departamento de Psicologia Social da UFMG; João Pedro Junqueira Caetano (tópicos médicos em saúde reprodutiva), ginecologista e diretor da Clínica Pró-Criar do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte; Pedro Luís do Nascimento Silva (amostragem e consultoria técnica), estatístico do IBGE e professor da ENCE; e Ana Paula Portella, representante do SOS Corpo, de Recife (saúde reprodutiva, sexualidade e práticas políticas). Por fim, entre agosto de 2002 e março de 2003, o SRSR contou, de forma permanente, com Taís de Freitas Santos, pesquisadora da Fundação Joaquim Nabuco – Recife, temporariamente no CEDEPLAR em pós-doutoramento.

Além disso, foram cuidadosamente recrutados dois alunos da pós-graduação de demografia do Cedeplar com qualificação suficiente para atuarem no gerenciamento do Programa SRSR. Andréa Branco Simão, aluna do doutorado, teve papel crucial na coordenação operacional e logística do programa durante toda a sua duração. Lizandro Nei Gualberto, aluno do mestrado, atuou como o nosso braço direito em todos as atividades de pesquisa desenvolvidas, coordenando o trabalho dos demais bolsistas.

Não obstante, contar com somente dois dos cinco pesquisadores principais durante dois terços do projeto, e em suas etapas mais demandantes, teve duas implicações importantes. Significou, por um lado, mais do que dobrar o trabalho dos que permaneceram, sem que a carga resultante de outras tarefas inerentes a uma universidade, sobretudo a carga didática, fosse reduzida. No entanto, este custo, como mencionado acima, foi considerado implícito ao desafio de

levar a bom termo o projeto tal como inicialmente proposto e aprovado pelo programa de Sexualidade e Saúde Reprodutiva da Fundação Ford.

Por outro lado, a permanência de apenas dois pesquisadores principais resultou, como não poderia deixar de ser, em ainda maiores responsabilidades de nossa parte, se comparadas, por exemplo, às obrigações implícitas em uma bolsa de produtividade do CNPq. Nossas obrigações constituíram-se na montagem e execução de uma estrutura de cursos, na organização, implementação e execução de uma pesquisa de campo de porte, e no tratamento, processamento e análise dos dados coletados. Estas atividades deveriam estar orgânica e funcionalmente estruturadas de forma a capacitar os bolsistas do Programa SRSR. Logo, o sucesso do programa dependia do sucesso em cada uma destas atividades, isto é, a qualificação dos participantes através dos cursos deveria ser eficiente, o trabalho de campo deveria, além de treinar e capacitar os bolsistas, ser realizado dentro dos estritos parâmetros estatísticos de uma pesquisa amostral probabilística e, por fim, os bolsistas deveriam ser capazes de trabalhar e analisar, com propriedade, os dados coletados à luz de todo o aprendizado recebido. Ressalte-se, porém, que tal responsabilidade é parte do objetivo maior de alcançar os objetivos propostos.

Em síntese, diante dos resultados do Programa SRSR em termos de qualificação e treinamento de seus bolsistas, em face da atualidade, qualidade e relevância, para o estudo dos temas envolvidos, dos dados coletados e dos resultados encontrados, e perante as perspectivas abertas a partir de sua execução, consideramos que o desafio foi enfrentado com sucesso.

Com relação à seleção e participação dos bolsistas, houve inicialmente uma expectativa de que o número de candidatos fosse maior do que os trinta e quatro que se apresentaram. Neste aspecto, avaliamos ser possível que um dos requisitos estabelecidos à época tenha inibido potenciais candidatos. A principal condição era a de permanecer no programa durante vinte e dois meses. A perspectiva adotada era a de que a formação dos nossos bolsistas deveria ser integral, ou seja, o aluno deveria passar por todas as etapas de ensino, pesquisa e análise de dados. De uma forma ou de outra, selecionamos, naquele momento, oito candidatos de grande potencial.

Como princípio, continuamos acreditando que, para aprender a fazer pesquisa, é necessário vivê-la integralmente, em todas as suas fases. No entanto, na prática, tivemos que nos adaptar aos problemas pessoais de alguns bolsistas que, por motivos diversos, desligaram-se do Programa SRSR. Se, por um lado, houve perda na continuidade e na formação daqueles que se desligaram, por outro lado, a saída de alguns bolsistas possibilitou a incorporação de pessoas que, ao longo do tempo, se mostraram interessadas na pesquisa.

Estes foram os casos de Maria Ângela de Araújo, Beatriz Filgueiras e Júnia Quiroga. Maria

Ângela havia sido aluna da Profª Paula no curso "População e Raça", na graduação em Ciências Sociais, no 1º semestre de 2001, e do Prof. André no curso "População e Saúde Reprodutiva", no 2º semestre de 2001. Quando foram abertas as inscrições para o recrutamento de entrevistadoras para o trabalho de campo, Maria Ângela candidatou-se, foi aprovada e, logo após o encerramento do campo em Belo Horizonte, foi incorporada ao quadro de bolsistas.

Beatriz Filgueiras, por sua vez, foi aluna do Prof. André na disciplina "População e Saúde Reprodutiva", da graduação em Ciências Sociais, no 2º semestre de 2001. Ficou tão interessada no tema que se ofereceu para trabalhar como voluntária do projeto. Após dois meses nesta condição, Beatriz foi definitivamente incorporada.

Por fim, Júnia Quiroga havia se interessado no SRSR desde a seleção das entrevistadoras para o campo de Belo Horizonte, mas não pôde se candidatar por ser aluna do doutorado em Demografia e estar em fase de curso. Tão logo apareceu nova oportunidade, Júnia rapidamente nos procurou e se juntou à equipe. Com exceção da bolsista Yone Gonzaga, que se afastou nos últimos quatro meses do programa por estar de licença-maternidade, os demais bolsistas foram repostos, como pôde ser visto no quadro de bolsistas.

Além da permanência no projeto por vinte e dois meses, solicitamos aos candidatos o compromisso de elaborar monografia de graduação, dissertação de mestrado ou tese de doutorado em temas afins à pesquisa. Esta condição foi posteriormente relaxada para duas participantes que preferiram não proceder desta maneira, desde que elas preparassem seus trabalhos finais para o Programa SRSR.

O apoio institucional do Cedeplar foi de fundamental importância para o sucesso do Programa SRSR. Uma pesquisa de campo do porte do SRSR altera toda a rotina de um centro. Além do espaço físico necessário para acomodar reuniões, entrevistadoras, supervisão e questionários, uma pesquisa de campo impõe uma rotina de ordenamento de despesas diferente do dia-a-dia. O SRSR contou com a dedicação e a experiência do setor financeiro do Cedeplar, acumuladas em mais de 30 anos de grandes pesquisas e de parceria com órgãos financiadores. Além disso, os pesquisadores principais também contaram com o apoio incondicional da diretoria do centro, que viu no programa uma oportunidade de manter uma linha de pesquisa já estabelecida – a área de saúde reprodutiva – e, ao mesmo tempo, abrir um novo espaço na casa – a área de raça e relações raciais.

1.5.2. Atividades de Ensino, Atividades de Pesquisa e Interação Ensino/Pesquisa

Com relação às atividades de ensino, deve-se salientar a assiduidade e interesse de todos os

bolsistas e o caráter *hands-on* que se procurou imprimir aos cursos e mini-cursos. De uma maneira geral, sempre que possível, as atividades de ensino procuraram ministrar o conteúdo tanto expositivamente, quanto através de tarefas que permitissem aos bolsistas colocar em prática os ensinamentos adquiridos. Assim, o curso de amostragem, por exemplo, implicou em uma série de exercícios realizados no laboratório de computação do Cedeplar. Este também foram os casos dos mini-cursos "Introdução ao Epi-info" e "Introdução a Análise de Dados Quantitativos", bem como dos cursos "População e Saúde Reprodutiva", "Métodos Qualitativos II" e "Demografia da Raça II". As atividades de ensino que, por construção, não permitiam esta abordagem, tomaram um caráter mais expositivo.

Aqueles bolsistas que participaram como alunos matriculados em cursos regulares foram avaliados convencionalmente, ou seja, por notas e conceitos. Isto não se aplicou aos bolsistas não matriculados em cursos regulares, e aos mini-cursos e cursos ministrados fora do âmbito da universidade. Neste aspecto, explica-se que a avaliação formal não foi estabelecida como forma primeira de verificação do desempenho dos bolsistas. O que se almejou, de fato, foi o aprendizado dos conteúdos oferecidos por cada curso e mini-curso dentro do contexto maior do Programa SRSR, ou, em outras palavras, que o aprendizado de cada campo fosse inter-relacionado aos demais, de forma a refletir-se em uma totalidade integrada. Neste sentido, o módulo I foi fundamental para a seleção dos tópicos a serem investigados em campo, para a construção do questionário e para a análise dos dados, como também foi o curso de amostragem para a boa execução o coleta de dados.

Esta integralidade, muito mais do que a absorção isolada de conhecimentos específicos de cada tópico, deveria refletir-se em uma capacitação adequada em saúde reprodutiva, sexualidade, raça e metodologia de pesquisa. Por este motivo, foi solicitado aos instrutores que elaborassem uma avaliação geral da atividade, de forma que se pudesse dimensionar a qualidade da formação do grupo, a cada atividade. Não se descuidou, porém, da heterogeneidade existente no grupo. Por este motivo, foi solicitado aos professores que identificassem participantes que porventura apresentassem dificuldades mais pronunciadas, capazes de interferir na atuação do bolsista nas atividades subseqüentes, de forma que se pudesse dar atenção individualizada para sanar tais deficiências.

Um aspecto a ser considerado, nesta etapa, diz respeito a uma certa descontinuidade na freqüência demandada dos bolsistas durante o módulo de ensino, vis-à-vis os módulos de pesquisa. Ao contrário da fase de atividades de pesquisa, a qual requereu presença constante e intensa, os cursos e mini-cursos não demandam uma participação contínua. As tarefas de pesquisa, por outro

lado, foram intensivas em tempo e trabalho. Esta propriedade do Programa SRSR foi cuidadosamente explicitada para todos os selecionados ainda na fase de implementação, isto é, que uma relativa tranqüilidade durante o primeiro módulo seria compensada por uma intensa carga de trabalho nos módulos subseqüentes. Consideramos que todos compreenderam que as demandas seriam diferenciadas no tempo, pois foi graças à total dedicação dos participantes que as tarefas concernentes ao trabalho de campo puderam ser desenvolvidas a contento.

A avaliação dos bolsistas nas atividades de pesquisa refletiu-se na devida execução de cada tarefa, uma vez que a pesquisa propriamente dita é realizada passo a passo, ou seja, a partir da devida finalização de cada etapa do trabalho. Assim, a listagem de domicílios nos setores amostrados só é possível após a consecução do procedimento de amostragem. O sorteio dos domicílios, bem como planejamento logístico e operacional completo do campo só se tornam viáveis a partir da lista de domicílios selecionados. O treinamento das equipes de campo, por sua vez, requer o questionário final, assim como a codificação e a criação máscara de entrada de dados são fundamentais para a digitação dos dados, o que permite, que se proceda, por fim, ao tratamento, processamento e análise dos dados. Em suma, cada atividade de pesquisa é construída sobre as atividades anteriores, isto é, sobre a consecução bem-sucedida de cada tarefa. Neste sentido, apesar de alguns problemas enfrentados (discutidos mais à frente), podemos considerar que os módulos de pesquisa alcançaram seus objetivos.

Assim, consideramos a execução bem sucedida de cada fase do trabalho de pesquisa como um indicador positivo desta etapa. De qualquer forma, mantivemos um monitoramento da participação de cada bolsista (apresentado em cada item dos módulos de pesquisa). No conjunto, os bolsistas foram capazes de utilizar o conhecimento adquirido no módulo I, isto sendo mais evidente nas etapas de listagem do domicílio, elaboração do instrumento de coleta de dados e implementação do trabalho de campo. Durante a fase de campo, os participantes demonstraram boa capacidade organizacional e de resolução de problemas, desenvolvida capacidade de aplicação dos procedimentos apropriados, aptidão para trabalhar em equipe e espírito de liderança. Os principais problemas enfrentados foram o atraso na coleta de dados, atritos entre entrevistadoras recrutadas nesta etapa e dificuldades durante a etapa de codificação dos questionários.

Com relação ao atraso na coleta de dados, este problema deveu-se mais a uma alta proporção de domicílios fechados ou vazios e a um número relativamente alto de recusas do que a dificuldades da equipe em executar o trabalho de campo. Os atritos entre entrevistadoras, por sua vez, não são incomuns em uma operação desta monta e, na grande maioria dos casos, eles foram solucionados pela própria supervisora de campo de cada equipe. Finalmente, com relação à etapa

de codificação, o problema foi diagnosticado como um certo relaxamento do rigor na aplicação dos procedimentos devidos, após a fase extenuante do trabalho de campo. Ainda que tenha acarretado um atraso de quinze dias nesta etapa, o problema foi detectado em tempo e discutido com os bolsistas, os quais procederam à revisão dos questionários que apresentavam codificação defectiva.

O resultado concreto desta etapa foi a construção do banco de dados SRSR, o qual foi posteriormente trabalhado pelos bolsistas de forma que estes realizassem, na medida em que analisavam os dados relevantes para o seus trabalhos finais, a verificação de consistência e limpeza dos dados. Finalizada esta tarefa, os bolsistas deram início à elaboração de seus trabalhos monográficos finais, bem como, em alguns casos, a trabalhos de conclusão de curso (monografias, dissertações e projetos de tese, descritos no item 1.2, Equipe). Os trabalhos monográficos finais para o Programa SRSR refletem o resultado da boa interação entre ensino e pesquisa e demonstram o alto grau de qualificação alcançado pelos participantes.

1.5.3. Resultados alcançados

O bom termo do Programa SRSR revela-se, antes de tudo, no alto nível de qualificação a que chegaram seus bolsistas após dois anos de trabalho. Esta qualificação manifesta-se, em primeiro lugar, no domínio dos temas abordados e na utilização dos dados coletados, o que é refletido nos vários trabalhos elaborados pelos bolsistas. Em segundo lugar, a vivência dos bolsistas, como sujeitos ativos tanto na concepção e implementação da pesquisa, quanto na execução de tarefas específicas, proporcionou-lhes o acúmulo de experiência a partir da atuação prática em cada etapa da operação, ao mesmo tempo em que permitiu que desenvolvessem uma visão integrada de todo o processo. Neste aspecto, consideramos que os bolsistas foram devidamente treinados e qualificados para o trabalho coletivo em pesquisa, independente do tema investigado, pois desenvolveram competência para levarem a cabo cada uma das tarefas implícitas em uma pesquisa a partir de uma perspectiva global sobre o processo integrado.

Além do treinamento e capacitação dos bolsistas, o Programa SRSR produziu um banco de dados representativo dos universos pesquisados – os municípios de Belo Horizonte e Recife. Este banco de dados contém informações atuais e relevantes sobre saúde reprodutiva e sexualidade. Além destes dois domínios, foi privilegiada a captação de dados sobre raça através de uma bateria de quesitos especialmente desenhada para este fim. Desta forma, o banco de dados SRSR permite análises consistentes, com recortes por raça, das questões de saúde reprodutiva e sexualidade, possibilitando comparar diferenciais entre mulheres brancas e negras e determinar estatisticamente a significância destes diferenciais. Isto se torna especialmente relevante na medida em que

incluímos questões dirigidas para a coleta de dados sobre conhecimento, utilização, financiamento e avaliação de serviços de saúde reprodutiva, com ênfase na rede pública.

Deve-se considerar, ainda, que a última pesquisa realizada no Brasil com um perfil similar à pesquisa SRSR foi a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1996. No entanto, a representatividade da PNDS 1996 dá-se somente até o nível de macrorregiões, ao passo que a pesquisa SRSR produziu dados representativos para municípios. A análise destes dados produz informações que podem ser instrumentais para as autoridades municipais ligadas à área de saúde da mulher, bem como para o Movimento de Mulheres e para o Movimento Negro. A divulgação dos resultados também será feita na forma de trabalhos e artigos acadêmicos e livro.

Não foram somente os bolsistas que se beneficiaram ao longo destes dois anos. O programa SRSR também possibilitou aos pesquisadores principais um enorme aprendizado. O SRSR ofereceu lições valiosas a respeito controle do tempo (*time-management)* e de administração de uma pesquisa à distância.

Toda pesquisa de campo tem imponderáveis tais como recusas, atritos entre entrevistadores, problemas com o transporte da equipe, para citar apenas alguns. Todos eles têm como conseqüência um atraso no cronograma inicialmente previsto. Assim, todo cronograma deveria ter uma "folga" para acomodar possíveis atrasos que fogem ao controle dos pesquisadores. No caso do SRSR, por trabalhar com o tempo extremamente apertado e sem levar em conta nenhum tipo de atraso, não foi possível realizar todos os módulos inicialmente propostos.

Em Recife, os imponderáveis foram ainda mais imponderáveis. Se, por um lado, o fato da pesquisa de campo ter sido feita através de parceria com o SOS Corpo nos eximiu de muitas tarefas, por outro nos deixou sem o controle total do processo. Para minorar este segundo aspecto, uma bolsista SRSR foi enviada para Recife. Ainda assim, administrar uma pesquisa de campo à distância é completamente distinto de estar participando do dia-a-dia dela. Esta foi uma experiência nova e muito rica para ambos os pesquisadores principais.

Finalmente, um último ponto que vale a pena destacar é a questão do *empowerment* pessoal. Ainda que, na academia brasileira, os *grants* sejam menos valorizados que no contexto americano, as avaliações dos programas de pós-graduação das universidades brasileiras estão, cada vez mais, dando peso aos projetos de pesquisa. No âmbito do Cedeplar e sob o ponto de vista pessoal dos pesquisadores principais, ambos em início de carreira, o SRSR foi a porta de entrada para o grupo restrito de pesquisadores, na sua maioria sênior, que captam recursos externos.

1.5.4. Limitações

Uma primeira limitação a ser considerada é o fato de que o formato adotado pelo Programa SRSR não garante a permanência dos bolsistas do início ao fim do projeto, ainda que com a concessão de uma bolsa para todo o período. Em nossa experiência, as defecções deram-se principalmente por motivos acadêmicos e profissionais. Os bolsistas que se desligaram durante o decorrer das atividades, o fizeram ou para dedicarem-se à elaboração de tese de mestrado ou para se inserirem em programas de doutorado ou por que arrumaram emprego. Assim alguns bolsistas tiveram seu treinamento interrompido, ao passo que outros iniciaram seu treinamento com o programa já em andamento. Como resultado, as saídas foram compensadas por novas entradas.

Com relação aos bolsistas que se desligaram, não é possível avaliar o grau de qualificação que atingiram. Com relação às novas entradas, consideramos que as bolsistas foram capazes, por méritos próprios, de alcançar rapidamente o nível do grupo e de atuar eficientemente nas tarefas que lhes foram designadas. De qualquer forma, em face do princípio básico que norteou a concepção do Programa SRSR, isto é, a presença contínua de seus participantes, é preciso considerar que este formato não garante isto, mesmo com a concessão de uma bolsa cobrindo todo o período. Acrescente-se aqui a heterogeneidade da necessidade de participação dos bolsistas no módulo de ensino, vis-à-vis os módulos de pesquisa. Isto tende a criar uma percepção de desnível na relação participação/remuneração entre o primeiro e o segundo conjunto de atividades.

Com relação à grade de cursos oferecidos, consideramos que os onze cursos organizados atenderam as necessidades dos bolsistas, com exceção de duas lacunas identificadas. No que tange aos pilares conceituais do programa, a área de saúde reprodutiva foi totalmente coberta, em detrimento da área de sexualidade. Neste sentido, avaliamos que poderíamos ter oferecido aos bolsistas um curso mais aprofundado sobre o tema, nos moldes do que faz o Instituto de Medicina Social da UERJ, por exemplo. Quanto a capacitação em metodologia, dada a heterogeneidade da turma e a formação da maioria dos alunos (Ciências Sociais), consideramos que seria preciso oferecer mais cursos de estatística e análise de dados quantitativos, de preferência desde o início do programa. Assim, os bolsistas teriam oportunidade de solidificar seus conhecimentos nesta área, além de suprir eventuais lacunas oriundas de seus cursos de graduação.

Com relação à formação dos bolsistas, considerada de forma integral, há que se considerar a existência e a persistência de uma heterogeneidade entre os bolsistas. Alguns chegaram a um nível que pode ser considerado excelente. Outros, apesar de bem sucedidos, não atingiram tal excelência. Esta heterogeneidade, porém, foi determinada mais pela bagagem inicial de cada selecionado do que pelo esforço e dedicação empenhados por cada um durante o programa. As principais

dificuldades apresentadas por alguns participantes, como discutido acima, referem-se à capacidade de redação e a uma formação insuficiente em métodos de análise de dados quantitativos, sendo mais visível entre estudantes de graduação, se comparados com os estudantes de pós-graduação. Como colocado anteriormente, a inclusão de cursos de nivelamento direcionados para sanar eventuais deficiências nestes âmbitos no início do programa pode auxiliar na promoção de uma maior homogeneidade final.

Com relação à pesquisa, ressaltamos dois problemas principais com os quais nos deparamos. Em primeiro lugar, a pesquisa de campo tomou dois meses a mais do que o planejado. Em grande medida, este atraso deveu-se às dificuldades encontradas para atingir o número de questionários completos e, por conseguinte, à decisão de realizarmos amostras complementares tanto em Belo Horizonte quanto em Recife. Este atraso acarretou o adiamento das atividades posteriores, de forma que a análise dos dados não ficou pronta a tempo de realizarmos o seminário de fechamento do programa, conforme inicialmente planejado. Não foi possível, também por este motivo, apresentarmos, até o término do programa, os resultados para a secretaria de saúde municipal e para os movimentos organizados, de forma a dar início ao processo de discussão e planejamento do retorno da pesquisa SRSR para sociedade.

Em segundo lugar, o custo financeiro dos módulos de pesquisa, em seu conjunto, foi maior do que o inicialmente planejado. Isto se deveu principalmente ao atraso no trabalho de campo, o que incrementou os custos com entrevistadoras, transporte e material de apoio.

Diante destas duas questões, pode-se considerar que o Programa SRSR teve uma fase de campo "inchada", em termos de tempo e de recursos, se comparado à previsão inicial. Se levarmos em conta o número de bolsistas capacitados, é possível dizer que o Programa SRSR caracterizou-se mais como programa de pesquisa, com um componente de ensino, ao invés de um programa de ensino, com um componente de pesquisa. Na prática, dado a objetivo principal de formação em pesquisa de pessoal, privilegiando estudantes negros (estabelecido em consonância com a prioridade do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade da Fundação Ford no Brasil), esta ordem não é crucial desde que os objetivos propostos fossem alcançados. Neste sentido, consideramos que os bolsistas que participaram do programa estão altamente qualificados em pesquisa, adquiriram formação de excelência no âmbito da saúde reprodutiva, sexualidade e raça e construíram uma sólida ponte entre ensino e pesquisa.

Portanto, se há uma limitação do Programa SRSR, como executado, a se ressaltar neste aspecto, ela refere-se ao número de bolsistas treinados, em face dos recursos despendidos. A este respeito, porém, cabe apontar e realçar a importância e qualidade do banco de dados montado no

âmbito do Programa SRSR, bem como as perspectivas abertas pela sua execução do programa e pelo potencial analítico dos dados coletados. Por um lado, é possível aprimorar o formato de forma a solucionar as limitações detectadas. Por outro, a análise dos resultados e a divulgação dos mesmos através de produtos acadêmicos e não-acadêmicos constituem-se em retornos importantes para a sociedade, retornos estes que podem atualizar o conhecimento sobre saúde reprodutiva e sexualidade, através do prisma das diferenças raciais. Finalmente, os dados SRSR podem ser utilizados para o treinamento de outras coortes de bolsistas.

UFMG/FACE/Cedeplar

VOLUME 2

SRSR – ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE REPRODUTIVA, SEXUALIDADE E COR/RAÇA

PAULA MIRANDA-RIBEIRO
ANDRÉ JUNQUEIRA CAETANO

Relatório Substantivo Final apresentado à Fundação Ford

Belo Horizonte, 08 de julho de 2003

II) ATIVIDADES DE ENSINO

O Programa SRSR ofereceu aos seus bolsistas onze cursos, ministrados por nove professores, cobrindo aspectos teóricos, substantivos, metodológicos e técnicos. Os tópicos cobertos incluíram saúde reprodutiva, raça, gênero, reprodução humana, amostragem, métodos de pesquisa qualitativa, análise de dados quantitativos, noções de Word, Excel, SPSS e Epi-info. A avaliação dos alunos foi feita de acordo com os critérios dos instrutores. Ao final do programa, os alunos escreveram trabalhos finais individuais, utilizando os dados SRSR, respeitando as áreas de interesse e o nível de conhecimento teórico e metodológico de cada bolsista, conforme o quadro abaixo.

Quadro V: Bolsistas SRSR, segundo título de trabalho final para SRSR e orientação

Nome	Título do trabalho final SRSR	Orientador/a
Andréa Branco Simão	Caracterização do comportamento socioeconômico e reprodutivo de jovens brancas e negras de 15 a 29 anos em Belo Horizonte e Recife	Paula Miranda-Ribeiro
Beatriz de Castro Filgueiras	Políticas públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte	André Junqueira Caetano
Elizângela Aparecida Braga	Contracepção: Um panorama da população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE em 2002	Taís de Freitas Santos
Júnia Valéria Quiroga da Cunha	Raça e gênero como determinantes do comportamento preventivo entre mulheres casadas e unidas em Belo Horizonte e Recife	Taís de Freitas Santos
Lizandro Nei Gualberto	Conexões entre comportamento contraceptivo, raça/cor e status da mulher em Belo Horizonte e Recife	Paula Miranda-Ribeiro
Maria Ângela de Araújo	Educação, trabalho e casamento: uma análise exploratória sobre a ascensão social da mulher em Belo Horizonte	Paula Miranda-Ribeiro
Marisa Alves Lacerda	Anticoncepção e Aids x conhecimento e prevenção: um perfil das jovens brancas e negras em Belo Horizonte e Recife.	Paula Miranda-Ribeiro
Simone Maria dos Santos	Mulheres brancas e negras em Belo Horizonte e Recife: um perfil demográfico e socioeconômico	Taís de Freitas Santos
Yone Maria Gonzaga	Relatório para o Movimento de Mulheres*	Paula Miranda-Ribeiro e André Junqueira Caetano

* Yone Gonzaga elaborará relatório para o Movimento de Mulheres tão logo retome suas atividades, após a licença maternidade.

Apresentamos, a seguir, a relação dos cursos, em ordem cronológica, com os respectivos professores, período em que foram ministrados, objetivos, programas de curso, avaliações e

resultados concretos de cada um deles.

2.1. Relações de Gênero (mini-curso)

2.1.1. Professora

Sandra Azeredo

- Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Social da UFMG.
- Doutorado: Board of Studies in History of Consciousness, University of California at Santa Cruz 1981 – 1986
- Mestrado: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro 1970 – 1975
- Graduação: Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais 1969
- Publicações
    - *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1991. (co-organização de Verena STOLCKE).
    - *"A Questão Racial na Pesquisa"*. In: AZEREDO, Sandra & STOLKE, Verena (Orgs.) Direitos Reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 199 1.
    - "Solidariedade mais do que Irmandade: A Nova Meta do Feminismo". *Revista Estudos Feministas.* nº 1,1993.
    - "Pós-Feminisino Para Quem?' ln: *Anais da 1ª Semana de Psicologia Política: A Psicologia no Contexto Multidisciplinar e Política*. Belo Horizonte, UFMG, 1993.
    - "Apresentação". In: COSTA, Albertina Oliveira & AMADO, Tina (Orgs.).*Alternativas Escassas: saúde sexualidade e reprodução na América Latina.* São Paulo - Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas - Editora 34, 1994.
    - "Teorizando sobre Gênero e Relações Raciais. *Estudos Feministas*. nº especial, 10/94, p. 203-216.
    - "Reconhecendo Nossa'Outra' na Zona". *Estudos Feministas.* vol. 4, nº 2, 1996, pp. 538-541.
    - "Conversando na Fronteira: Pesquisa-Ação Feminista na Zona de Belo Horizonte". *Jornal do Psicólogo.* Ano 14, no 56, 01-02/97, pág. 4.
    - "Prostitutas e Feministas: Mulheres em Busca de Diálogo numa Pesquisa-Ação". ln: GARCIA & D'ÁVILA. *Mulher, Cultura e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Coletâneas da ANPEPP. Vol. 1, nº 7,07/97.
    - "O Significado da Violência na Prostituição. *Anais da 49ª Reunião Anual da SBPC. Ciência Hoje, Brasil Amanhã* - Simpósio'Violência e Direitos Humanos'. Belo Horizonte, 07/1997.
    - "Camile Claudel e '0 Social': Prazer com Restos de Uma Realidade Simbólica ou Enunciado de Prazer de Uma Outra Ordem?" *Jornal do Psicólogo*, Belo Horizonte, nº 58, ano 14,08-09/1997, pág 7.
    - "Prostitutas e Mulheres Honestas': identidade e alteridade na zona de Belo Horizonte". *Revista Dois Pontos - Teoria e Prática em Educação.* Belo Horizonte: Sistema Pitágoras de Ensino, vol. 4,nº 34, 09-10/97, p. 67-69.

- "Encontrando Nosso 'Estranho Outro': análise de uma experiência de grupo operativo em sala de aula". *Cadernos de Psicologia*. Belo Horizonte: UFMG (no prelo).
- "Sexo como Arma e Corpo como Alvo: Assédio Sexual, Prostituição e Crimes Sexuais". ln: DORA, Denise (Org.). *Feminino Masculino: igualdade e Diferença na Justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997. pp. 97-103.

2.1.2. Período

16 a 27 de julho de 2001

2.1.3. Objetivos

O objetivo geral do mini-curso foi estudar a categoria gênero de modo a entender como ela está relacionada ao discurso sobre o corpo e aos sentidos do corpo, do sexo, da identidade e da diferença, de modo a fundamentar a prática de pesquisa em sexualidade, saúde reprodutiva e relações raciais. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que fez com que os bolsistas compreendessem a relação do conceito de gênero com a materialidade do sexo e do corpo, bem como com outras formas estruturais de desigualdade, tais como raça e classe.

2.1.4. Programa

Sessão 1 - Primeiro Seminário
Apresentação e Discussão do Programa
Desenvolvimento teórico do conceito de sexo/gênero

Sessão 2 - Segundo Seminário (continuação)
SCOTT, Joan. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Vol.20 (2) jul.dez., pp. 71-99.

- Breve Histórico

Sessão 3 - Terceiro Seminário
RAGO, Margareth. (1995-1996). Adeus ao Feminismo? Feminismo e (Pós) Modernidade no Brasil. *Cadernos AEL*. IFCH, UNICAMP, n.3/4, pp. 11-43.

- Identidade e Gênero

Sessão 4 - Quarto Seminário
ROLNIK, Suely. (1998a). Tristes Gêneros. IN Lins, Daniel (org.) *A Dominação Masculina Revisitada*. Campinas: Papirus, pp. 63-68

-------. (1998b). Machos e Fêmeas. IN Lins, Daniel (org.) *A Dominação Masculina Revisitada*. Campinas: Papirus, pp. 69-71

- Gênero e Pós Modernismo

Sessão 5 - Quinto Seminário
HARAWAY, Donna. (2000). *Manifesto Ciborgue*. Belo Horizonte: Autêntica.

- Gênero, Masculinidade e Feminilidade

Sessão 6 - Sexto Seminário
BOURDIEU, Pierre. (1998). Conferência do Prêmio Goffman: A Dominação Masculina Revisitada. IN Lins, Daniel (org.) *A Dominação Masculina Revisitada*. Campinas: Papirus, pp.11-27.

Sessão 7 - Sétimo Seminário
OLIVEIRA, Pedro Paulo de. (1998). Discursos sobre a Masculinidade. *Estudos Feministas*, vol. 6, no. 1, pp. 91-112.

Sessão 8 - Oitavo Seminário
VALE DE ALMEIDA, Miguel. (1995). Gênero, Masculinidade e Poder: revendo um caso do Sul de Portugal, *Anuário Antropológico/95*, pp.161-189.

- Gênero e Diferença

Sessão 9 - Nono Seminário
KOFFES, Suely. (1996). Apresentação. *Cadernos Pagu* (6-7) -Gênero e Raça, pp. 5-8.

MOORE, Henrietta. (2000). Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. *Cadernos Pagu* (14), pp.13-44.

Sessão 10 - Fechamento do Curso

Referências bibliográficas adicionais para suporte das discussões:

BEAUVOIR, Simone de. (1970, 1975). *O Segundo Sexo*. Vol. I pp.7-23 e vol. II, pp. 449-500.

ROSALDO, Michelle. (1995). O uso e o abuso da antropologia: reflexões sobre o feminismo e o entendimento intercultural. *Horizontes Antropológicos*, ano 1, no. 1, pp 11-36.

BUTLER, Judith. (1993). *Bodies that Matter: on the discursive limits of "Sex"*. New York, London: Routledge.

2.1.5. Avaliação da professora

Adotamos a técnica de grupo operativo para as aulas, nos reunindo em círculo, de modo que pudéssemos nos posicionar mais facilmente durante a discussão. A coordenadora/professora fazia uma breve exposição do conteúdo da matéria que seria discutida naquele dia e abria a discussão com algumas questões para o grupo. Toda a turma

trazia também questões a partir da leitura dos textos e a diversidade de posições da/os participantes contribuiu grandemente para a aprendizagem dos conceitos.

As/os estudantes se mostraram muito interessadas/os em todos os seminários, levantando questões importantes para a discussão, questões que diziam respeitos tanto aos temas da própria pesquisa sobre sexualidade e saúde reprodutiva, como a temas mais gerais relacionados ao conceito de gênero e teoria feminista. O fato de se tratar de uma turma heterogênea em diversos níveis de escolaridade –doutorado, mestrado, graduação — provenientes de diferentes disciplinas – demografia, ciências sociais, sociologia, letras — facilitou enormemente o objetivo do grupo, relacionado ao entendimento da categoria gênero em sua pesquisa. A avaliação deste entendimento se deu a partir da leitura (pela Professora) dos textos produzidos pela turma, com base nas leituras da bibliografia do curso (vide Programa). A turma pôde fazer uma revisão da primeira versão destes textos após os comentários da Professora. Os resultados finais dos trabalhos produzidos pela turma refletem sua heterogeneidade. Por um lado, duas alunas, mestrandas em Ciências Sociais (Luciana e Simone), escreveram trabalhos consistentes e bem fundamentados, parecendo ter tirado bom proveito do curso para o desenvolvimento do projeto. Estas alunas, durante os seminários, se mostraram mais familiarizadas com a teorização na área de estudos feministas e culturais, onde se presta atenção à questão da identidade e diferença para se compreender o jogo de relações de poder envolvido nos processos de dominação e desigualdade. Por outro lado, uma aluna, do curso de graduação em ciências sociais (Elizângela), que também participava ativamente das discussões, apesar de ser seu primeiro contato com esta área, apresentou dificuldades em teorizar com a categoria gênero, em grande parte devido a problemas com a atividade de escrita. Na avaliação que escrevemos para esta aluna, sugerimos um treinamento especializado nesta área da escrita. Esta aluna também mostrou que teve um ótimo aproveitamento do curso para sua pesquisa, ainda que a dificuldade de escrita a estivesse impedindo de produzir resultados mais imediatos como as duas alunas acima. Em suma, acredito que o mini-curso sobre gênero e relações raciais tenha sido bem sucedido no sentido de proporcionar às/aos participantes uma visão mais aberta do conceito de gênero em todas as fases da pesquisa em sexualidade, saúde reprodutiva e cor/raça.

2.1.6. Resultados concretos

- Dissertação de mestrado do bolsista Lizandro Nei Gualberto, "Comportamento

Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil", que incorpora a análise de gênero através do conceito de status da mulher, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano, defendida em 31 de março de 2003.

- Projeto de tese de doutorado da bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha, "Casadas, unidas e vulneráveis? Família, relações de gênero e vulnerabilidade feminina a DST/AIDS em Belo Horizonte e Recife". Apesar de ter sido incorporada ao SRSR após o mini-curso de gênero, a aluna fez uma leitura dirigida sobre gênero com sua orientadora, Paula Miranda-Ribeiro, durante a qual a bibliografia do mini-curso também foi discutida. Além disso, a aluna participou do IX Programa de Estudos Regionalizado de Introdução à Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, realizado entre 24 de março e 11 de abril de 2003 em Campinas, SP.

2.2. Tópicos em Reprodução Humana e Saúde Reprodutiva (mini-curso)

2.2.1. Professor

João Pedro Junqueira Caetano

- Doutor (Ph.D.), UFMG (Departamento de Cirurgia)
- Mestrado, UFMG (Departamento de Ginecologia e Obstetrícia)
- Pós-Graduação em Infertilidade e Fertilização In Vitro pela Universidade de Paris, Serviço do Prof. René Frydman
- Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) pela FEBRASGO/AMB
- Título de Habilitação em Ultra-Sonografia pela FEBRASGO/CBR
- Título de Habilitação em Histeroscopia FEBRASGO
- Diretor-Clínico da Clínica Pró-Criar/Mater Dei de Reprodução Humana, BeloHorizonte
- Coordenador da Clínica Pró-Criar/Monte Sinai de Reprodução Humana, Juiz de Fora, MG
- Coordenador da Curso de Especialização Climatério e Medicina Reprodutiva (Pós-Graduação Latu Senso) das Clínicas Maturitas e Pró-Criar
- Membro da Comissão Nacional Especializada de Reprodução Assistida da FEBRASGO
- Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)
- Membro da Diretoria da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais (SOGIMIG)
- Membro da "American Society for Reproductive Medicine " (ASRM)
- Membro do Comitê de Ética Médica do Hospital Mater Dei
- Membro da Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) das Clínicas Maturitas e Pró-Criar

2.2.2. Período

11 a 27 de julho de 2001

2.2.3. Objetivos

O objetivo principal do curso foi fornecer conceitos básicos sobre tópicos importantes na abordagem da Medicina Reprodutiva. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que ofereceu aos alunos informações médicas de forma objetiva, sem jargões médicos, propiciando a eles uma base científica facilitadora na área e ampliando o conhecimento sobre os aspectos relacionados à reprodução humana e saúde reprodutiva.

2.2.4. Programa

- Sessão 1 (11/7/2001)

Concepção (fecundabilidade, fecundidade, gestação bioquímica, gestação clínica, gestação a termo, ciclo menstrual, o processo de ovulação)

- Sessão 2 (13/7/2001)

Contracepção: métodos comportamentais, métodos de barreira

- Sessão 3 (18/7/2001)

Contracepção: DIU, Pílula, Injeções, Implante (Norplant), Mini-pílula, Esterilização

- Sessão 4 (20/7/2001)

Viabilidade da Gravidez e Abortamento (espontâneo e provocado).

- Sessão 5 (25/7/2001)

Gravidez e Pré-Natal (fases da gravidez, número e conteúdo das consultas, relações sexuais, hipertensão e eclâmpsia, testes do feto, fator Rh, mola hidatiforme, rubeóla)

- Sessão 6 (27/7/2001)

Parto, Pós-Parto e Puerpério (diabete gestacional e excesso de peso, placenta e saco amniótico, trabalho de parto, cesariana, período de expulsão, episiotomia, perineoplastia, complicações do parto, cuidados no puerpério, amamentação).

- Sessão 7 (27/7/2001)

DST e AIDS.

Bibliografia: SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MINAS GERAIS. Ginecologia e Obstetrícia: Manual para o TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia). MEDSI-Editora Médica e Científica, 2ª edição, 2000.

2.2.5. Avaliação do professor

De todos os cursos ministrados por mim para pessoas não médicas, este foi o mais interessante, principalmente pela curiosidade e atenção de todos. Novamente, segundo

minha experiência, as mulheres foram as mais participativas e os homens, mais expectadores (com exceção de um). Na minha visão, a idéia do curso é genial, pois procura trazer o conhecimento fora do meio médico exclusivista, além de utilizar esse conhecimento para a produção de novo conhecimento, através de pesquisa inédita.

2.2.6. Resultados concretos

- As informações obtidas durante a realização do curso Tópicos em Reprodução Humana e Saúde Reprodutiva foram utilizadas para elaboração de diversas questões incluídas no questionário SRSR.

2.3. População e Saúde Reprodutiva (60 horas-aula)

2.3.1. Professor

André Junqueira Caetano

2.3.2. Período

Novembro de 2001 a abril de 2002

2.3.3. Objetivos

Segundo o consenso da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1995, Saúde Reprodutiva se refere a "um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade". A falta de saúde e direitos sexuais e reprodutivos está na raiz de muitos problemas que necessitam de ação urgente tais como a violência de gênero, HIV/AIDS, mortalidade materna, gravidez na adolescência, desconhecimento e falta de acesso a métodos contracepção, aborto e, segundo as Nações Unidas, rápido crescimento populacional. Esta disciplina teve como objetivo percorrer a literatura, de caráter multidisciplinar, sobre saúde reprodutiva, enfatizando sua formação e estágio atual como campo de conhecimento e prática.

O programa se dividiu em duas partes. Na primeira parte, foram enfocados os aspectos sobre saúde reprodutiva, sua gênese, desenvolvimento, conceitos, nexos com as ciências sociais e demografia, ciências da saúde, e gênero. A segunda parte abordou temas

específicos. A cada tema correspondeu uma atividade na primeira sessão da aula, referente ao tema da aula anterior.

O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que capacitou os bolsistas para compreenderem, discutirem e avaliarem empírica e teoricamente temas, questões e as diversas realidades que compõem o quadro da saúde reprodutiva e suas conexões com a questão populacional, além de servir de suporte teórico para um dos temas substantivos do projeto.

2.3.4. Programa

1) INTRODUÇÃO

- Aspectos formais de demografia e da análise da fecundidade;
- A Teoria da Transição Demográfica e a preocupação com o crescimento populacional e seu controle no terceiro mundo;
- Feminismo e o movimento de mulheres;
- A mudança de paradigma: da ênfase sobre o controle de fecundidade para o tema saúde reprodutiva: ROMA, BUCAREST, CAIRO;
- Saúde, Direitos Reprodutivos e Demografia.

Bilac, Elizabeth Dória; Rocha, Maria Isabel Baltar da. 1998. *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e Problemas*. São Paulo: Editora 34.

Galvão, Loren; Díaz, Juan (org.). 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council. *CAPÍTULO 2*

Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULO 1*

2) OS CONTEXTOS DEMOGRÁFICO E POLÍTICO-SOCIAL E O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

- A transição da fecundidade no Brasil;
- O sistema de saúde pública (SUS);
- Saúde e direitos reprodutivos no Brasil.

Faria, Vilmar. 1989. "Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Consequências Não Antecipadas e Efeitos Perversos," *Ciências Sociais Hoje*, 62-103.

Galvão, Loren; Díaz, Juan (org.). 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council. *CAPÍTULO 1, 3, 5*

Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULO 6*

Medici, André Cezar. 1997. "*Dinâmica do Setor Saúde no Brasil: Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90*". Santiago de Chile: CEPAL.
Mendes, Eugênio Vilaça. 1998. O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectivas. http://www.opas.org.br. Acesso: 2000.
Ministério da Saúde. 2000. SUS Descentralização. http://www.saude.gov.br/biblioteca/publicacoes.htm. Acesso: 2002.
Ministério da Saúde. 2000. SUS Princípios e Conquistas. http://www.saude.gov.br/biblioteca/publicacoes.htm. Acesso: 2002.
Osis, Maria José M.D. 1998. "PAISM: um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil," *Cadernos de Saúde Pública*, *14*(1).
Wood, Charles H. and José Alberto M. de Carvalho. 1994. "*A Demografia da Desigualdade no Brasil*". Rio de Janeiro: IPEA. *CAPÍTULO 7*

3) GÊNERO, MEDICALIZAÇÃO E CONTRACEPÇÃO

- Feminismo/Gênero, medicalização do corpo feminino e contracepção;
- Concepção e contracepção
  - Concepção e métodos anticoncepcionais;
  - Programas de Planejamento Familiar no Brasil (BEMFAM e outros);
  - Esterilização;
  - Evolução da prevalência de métodos ;
  - Oferta de métodos e serviços legais de esterilização: a situação atual.

Ávila, Maria Betânia. 1993. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Estudos Feministas*, no 2, pp. 383-393.
Barroso, Carmen. 1984. "Esterilização Feminina: Liberdade e Opressão," *Revista de Saúde Pública*, *18*.
Berquó, Elza. 1995. "A Saúde Reprodutiva das Mulheres na 'Década Perdida'." Report, São Paulo: CEBRAP.
Congresso Nacional. 1993. "Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil." Comissão Parlamentar de Inquérito: Relatório Final, Brasília.
FNUAP (Fundo das Nações Unidas para a População). 2000. *Vidas em Comum, Mundos Separados: Homens e Mulheres em Tempos de Mudança*.
Galvão, Loren; Díaz, Juan (org.). 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council. *CAPÍTULOS 5, 6, 7*
Giffin, Karen. A Modernidade Perversa e a Reprodução Humana no Brasil. In Leal, Maria do Carmo; Sabroza, Paulo C.T.; Rodriguez, Rodolfo H.; Buss, Paulo M. (org.). 1992. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, vol. II.
Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULOS 4, 5*
Perpétuo, Ignez. 1998. "Contracepção e Declínio da Fecundidade na Região Nordeste, 1980-1996," *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, *15*(1).
Serruya, Suzanne. 1996. "*Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo*". Belém, PA: NAEA/UFPA/UEPA. *CAPÍTULO 2*
Villela, Wilza e Regina Barbosa. 1996. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não-esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30(5):452-9.
Wong, Laura Rodriguez, Rita Badiani and Inês Quental. 1998. "Achados e Perdidos sobre Saúde

Reprodutiva na PNDS - 1996," *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, *15*(1).

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 3/APRESENTAÇÃO AULA 4:

1) Discutir se Saúde Reprodutiva é "um conceito, um campo de conhecimento ou um recorte de investigação", explicitando e relacionando Saúde Reprodutiva com o surgimento do movimento feminista, o desenvolvimento do conceito de gênero como categoria analítica, a contracepção, e os estudos populacionais.

2) Discutir os processos e as principais consequências da Transição da Fecundidade, do aumento da demanda por métodos contraceptivos (enfatizando a esterilização feminina), e da medicalização da sociedade brasileira, definindo-os, ressaltando os principais indicadores de cada um e estabelecendo as relações entre eles.

3) Quais são, quantos são e como funcionam os serviços públicos de planejamento familiar (oferta de métodos contraceptivos) em Belo Horizonte? Diferencie os métodos ofertados no Atendimento Básico (Postos de Saúde) e os que demandam atendimento hospitalar.

4) PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Berquó, Elza. 1993. "Brasil, um Caso Exemplar a Espera de uma Açao Exemplar: Anticoncepção e Partos Cirúrgicos," *Estudos Feministas*, 1(2), 366:381.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2000. Gestação de Alto Risco – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2001. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. págs. 11 a 25

Campos, Tatiana P. e Marília S. Carvalho. 2000. Assistência ao Parto no Município do Rio de Janeiro: Perfil das Maternidades e o Acesso da Clientela. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):411-420.

Costa, Juvenal S. D. da et al. 1996. Assistência Médica Materno-infantil em duas Coortes de Base Populacional no Sul do Brasil: Tendências e Diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(supl. 1):59-66.

Faúndes, Aníbal e J.G. Cecatti. 1991. A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2):150-173.

Gentile, Francisco de P., Gerson N. Filho e Alfredo de A. Cunha. 1997. Asssociação entre a Remuneração da Assistência ao Parto e a Prevalência de Cesariana em Maternidade do Rio de Janeiro: uma Revisão da Hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, no 2.

MUSA/CNPD. 2000. Assistência à gestão, parto e controle da mortalidade materna: Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil. In: Impacto da Conferência do Cairo nas políticas públicas. Salvador: MUSA, Brasília: CNPD.

Perpétuo, Ignez H.O., Ginar H. de Bessa e Maria do Carmo Fonseca. 1998. Parto Cesáreo: Uma Análise da Perspectiva das Mulheres de Belo Horizonte. In *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxambu, 19-23 de outubro.

RedeSaúde. 1999. Fórum da Maternidade – Atenção à saúde da mulher em BH: uma proposta de monitoramento social e ético. Belo Horizonte: *II Seminário da Regional Minas Gerais da RedeSaúde*.

Valladares, Diana do Prado. Ações de contracepção e assistência ao parto: a Experiência do Rio de Janeiro. In Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Yaslle, Marta Edna H.D. et al. 2001. Incidência de Cesáreas segundo Fonte de Financiamento da

Assistência ao Parto. *Revista de Saúde Pública*, 35(2):202-206.

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 4/APRESENTAÇÃO AULA 5:

1) Fazendo um breve resumo sobre os principais pontos dos textos (segundo a seguinte ordem Faúndes&Cecatti 1991, Berquó 1993, Gentille et alli 1997, Perpétuo et alli, 1998, Campos e Carvalho 2000, Yaszlle et alli 2001 e Ministério da Saúde 2001), discuta a evolução, determinantes e consequências do parto cesáreo versus parto normal no Brasil. A partir do contexto originado desta discussão e dimensionando a proporção de partos realizados pelo SUS versus setor privado, discuta a importância e a necessidade de um atendimento adequado no pré-natal e no parto. Diante deste quadro geral, dê a sua opinião sobre como evoluirá a participação de partos cesáreos no Brasil nos setores privado e público, respectivamente. Justifique.

2) Pesquisar: (1) Qual é a participação de partos realizados pelo SUS versus partos feitos no setor privado em Belo Horizonte; (2) Como é alocada e administrada a qüota de AIHs destinada ao pagamento de partos em Belo Horizonte antes e depois da portaria de 1998 que limitou o pagamento de cesarianas pelo SUS; (3) Quais foram os problemas causados por essa portaria no caso de Belo Horizonte; (4) Como funciona o atendimento pré-natal e a Central de Partos no setor público em Belo Horizonte.

5) ABORTO E MORTALIDADE MATERNA

Barbosa, Regina Maria e Margareth Arilha. 1993. A experiência brasileira com o Cytotec. *Estudos Feministas*, no 2, pp. 409-417.

Batista, Carla e Márcia Larangeira. 1997. Aborto: desafios da legalidade. Recife: Cadernos SOS Corpo.

Berquó, Elza e Estela Maria G.P. da Cunha (orgs.). 2000. *Morbimortalidade Feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2001. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. págs. 145 a 157.

César, Juraci A. et al. 1997. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31(6):566-571.

Corrêa, S. e A. Freitas. 1997. Atualizando os dados sobre a interrupção da gravidez no Brasil. *Estudos Feministas*, n.2, pp. 389-395.

Costa, Sarah H. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In Giffin, Karen e Sarah H. Costa (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Fonseca, Walter et al. 1998. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2)279:286.

Hardy, Ellen e Ivanise Ribeiro. 1996. La discusión sobre el aborto provocado e el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2):259-266.

Kissling, Frances. 1998. Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Supl. 1):135-137.

Machado, Maria das Dores C. 2000. O tema do aborto na mídia pentecostal: notas de uma pesquisa. *Estudos Feministas*, 8(1):200-211.

RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 2001. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: Dossiês. São Paulo. pp. 25-72.

Sorrentino, S.R. e M.L. Lebrão. 1998. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3):256-267.

Valongueiro, Sandra. 2000. Mortalidade (Materna) por Aborto: Fontes, Métodos e Instrumentos de Estimação. In *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxambu, 23-27 de outubro.

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 5/APRESENTAÇÃO AULA 6

1) Baseados nos textos, apresente a evolução da prática do aborto (legal e clandestino) no Brasil. Leve em consideração a situação brasileira diante das resoluções das conferências internacionais realizadas sobre o assunto. Discuta as principais causas da mortalidade materna no Brasil e a importância do aborto entre essas causas. Diante deste quadro, discuta as razões pelas quais a mortalidade materna é considerada um índice de desenvolvimento sócio-econômico ou de qualidade de vida. Qual a sua opinião sobre a situação do Brasil com relação a este indicador.

2) (a) Como funcionam o serviço de aborto legal em Belo Horizonte? Qual o número de abortos legais feitos em Belo Horizonte? Existe e como é realizado o acompanhamento, aconselhamento e fornecimento de anticoncepção pós-abortamento? Quais as principais lições da experiência dos serviços de aborto legal em Belo Horizonte? O que é necessário para montar um programa de atendimento ao aborto legal em um hospital? (b) Como atua e funciona o Comitê de Prevenção de Morte Materna em Belo Horizonte e quais são as taxas disponíveis, por causa de morte? Quais as razões que levam os e as médicas a não registrarem morte materna no prontuário, dado que esse é um evento de notificação compulsória? Qual a participação do aborto como causa de mortalidade materna? Existe um mercado negro para o Cytotec em Belo Horizonte?

6) SAÚDE REPRODUTIVA E ADOLESCÊNCIA

Amazarray, Mayte Raya, Paula Sandrine Machado, Viviane Ziebell de Oliveira et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência**:** um estudo fenomenológico. *Psicol. Reflex. Crit.*, 1998, vol.11 no.3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde-Daps. Coordenação Materno-Infantil-COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente-Sasad. *Normas de atenção à saúde integral de adolescente*. Vol. III - Assistência ao Pré-Natal, ao Parto e ao Puerpério - Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente. Bases programáticas*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. *A adolescente grávida e os serviços de saúde do município*. Brasília: Governo Federal/Unicef/Conasems/Opas/OMS, s.d.

Bueno, J. G. R. et al. 1996. Conhecimento dos métodos anticoncepcionais entre adolescentes do segundo grau de uma cidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Ginecologia, 106*(5), 149-153.

Camarano, Ana Amélia. "Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem." In CNPD. *Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas*. 1998. CNPD: Brasília.

_____. 2000. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicol. Reflex. Crit.*, vol.13 no.1.

Costa, Maria Conceição O. e Vera Lúcia A. Formigli. 2001. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2):177-184

Heilborn, Maria Luíza. 1998. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira E.M., Fernandes M.E., Bailey P, McKay

A, org. *Seminário Gravidez na Adolescência*. Brasília (DF): Cultura Editores Associados; 1998. p. 23-32.
Hubner, Alma Virginia Camacho. 2000. *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998.* Serie OPS/FNUAP No. 1. Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11
Maia Filho, N. L. et al. 1994. Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social. *Jornal Brasileiro de Ginecologia, 104*(10), 363-367.
Melo, Aparecida Vieira. 1996. Gravidez na Adolescência: Nova Tendência na Transição da Fecundidade no Brasil. In ABEP, *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Belo Horizonte, v.3, pp. 1439-54.
Monteiro, D. L. M. e A. A. Cunha. 1994. Perfil reprodutivo da adolescente. *Jornal Brasileiro de Ginecologia, 104*(3), 59-62.
Oliveira, Maria Waldenez de. 1998. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. *Cad. CEDES*, Julho, vol.19 no.45
Pinheiro, Diogo L. et al.. 2000. "Mas na Hora o Negócio estava Quente": Estudo Piloto do Comportamento Sexual dos Adolescentes em uma Escola Particular de Belo Horizonte. In *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxambu, 23-27 de outubro.
Longo, Luciene A.F. de B. e Eduardo Rios Neto. 1998. Virgindade Matrimonial e Iniciação Sexual. In ABEP, *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, CD.
Longo, Luciene A.F. de B. e Ana Paula F.V. Pereira. 2000. Políticas Populacionais: Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente no Brasil. In *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, Caxambu, 23-27 de outubro.
Rodrigues, A. P., Souza, M. C. B., Brasil, R. M. C., & Carakushansky, G. (1993). Perfil de gestantes adolescentes de um serviço pré-natal público do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 5*, 223-238.

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 6/APRESENTAÇÃO AULA 7

1) (a) Baseado nos textos de Oliveira 1998, Camarano 1999 e Longo e Pereira 2000, trace um quadro sucinto da questão da contracepção e da gravidez entre adolescentes no Brasil, focalizando fecundidade, proporção de gravidezes, aborto, mortalidade materna e mortalidade infantil (quando possível, compare com o grupo de mulheres com 20-24 anos). Ressalte as diferenças por situação de domicílio (rural e urbana), escolaridade e renda. (b) Baseado no quadro traçado no item (a) e nos textos de Maia Filho 1994 e Oliveira 1999, faça uma resumo crítico sobre a dimensão social do problema da gravidez entre adolescentes, ressaltando os principais custos para elas. Qual a sua opinião sobre os valores que regem a sexualidade dos jovens brasileiros? (c) Qual a sua opinião entre a possível associação entre o crescimento da proporção de mães adolescentes e da proporção de domicílios chefiados por mulheres pobres no Brasil www.ibge.gov.br ?

2) (a) Baseado na questão 1, faça uma crítica aos trabalhos de Monteiro e Cunha 1994, Bueno et al. 1996 e Costa e Formigli 2001. (b) Pesquisar informações mais recentes sobre a proporção de gravidezes e partos entre mulheres adolescentes no Brasil, e o efeito destas gravidezes e partos nas questões de aborto, mortalidade materna e mortalidade infantil; (b) Existem programas de educação em saúde reprodutiva e o atendimento médico especificamente voltados para a população adolescente em Belo Horizonte (PBH) e Minas Gerais (SES)? Como funcionam? Fuçar o site www.bireme.org/bvs.adolec e links de interesse.

7) DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST), AIDS

Acurcio, Francisco de Assis e Mark D.C. Guimarães. 1996. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Caderno Saúde Pública*, vol.12 no.2.

Barbosa, Regina Helena S. Aids e Saúde Reprodutiva: Novos Desafios. In Giffin, Karen e Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULO 15*

Bastos, Francisco Inácio e Célia L. Szwarcwald. 1999. Aids e Pauperização: Principais Conceitos e Evidências Empíricas. In: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Transmissíveis e Aids. Brasília.

Brito, Ana Maria de, Euclides A. de Castilho e Célia L. Szwarcwald. 2001. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, vol.34 no.2.

Lowndes, Catherine M. 1999. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher. In Giffin, Karen e Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULO 14*

Neves, Fátima RAL, Afonso D.C. Passos e Wagner L. Gueleri. 1999. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. *Revista Saúde Pública*, vol.33 no.6.

RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 2001. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: Dossiês. São Paulo. pp. 79-100.

Tamayo, Alvaro, Adilce Marques, Juliana Lima et al. Prioridades axiológicas e uso de preservativo. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2001, vol.14 no.1.

www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 7/APRESENTAÇÃO AULA 8

1) Baseado nos 4 textos marcados na bibliografia, discuta a evolução e as principais características da epidemia de aids no Brasil. Relacione esta evolução com desequilíbrios sócio-econômicos e de gênero, enfatizando indicadores e valores sobre comportamento sexual e suas diferenças entre homens e mulheres.

2) Trace o padrão da aids em Minas Gerais e no Brasil por região, escolaridade, sexo e forma de transmissão em 1990 e 2000 www.aids.gov.br. Compare Minas Gerais com o Brasil. Pesquise como é o serviço de assistência pública às pessoas com aids ou portadoras do vírus HIV (Coordenação de DST/AIDS da PBH e SES; Grupo Vhiver)

8) VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Alves, Andréa Matias e Pedro Coura-Filho. 2001. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.6 no.1.

Deslandes, Suely F., Romeu Gomes e Cosme Marcelo F.P. da Silva. 2000. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Janeiro, vol.16 no.1.

De Antoni, Clarissa e Sílvia Helena Koller. 2000. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estud. psicol. (Natal)*, Dezembro, vol.5 no.2.

Moreira, Virginia. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. 1999. *Estud. psicol. (Natal)*, Junho, vol.4 no.1.

Portella, Ana Paula - SOS Corpo Gênero e Cidadania. 2000. Uma Abordagem Social sobre Violência Doméstica e Saúde das Mulheres. *Conferência apresentada no I Congresso de Saúde da Mulher e da Criança, promovido pelo IMIP-Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, em Recife, de 12 a 15 de julho de 2000, na mesa Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual*.

Portella, Ana Paula - SOS Corpo Gênero e Cidadania. 2001. Conseqüências da Violência Doméstica para a Saúde das Mulheres. *Conferência apresentada no Seminário Igualdade e Inclusão Social: Discriminação e Violência Doméstica em Debate, promovido pelo Centro da Mulher 8 de Março, nos dias 5 e 6 de outubro de 2001, em João Pessoa/PB*.

RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 2001. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: Dossiês. São Paulo. pp. 107-128.

www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html (Violência de Gênero)

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 8/APRESENTAÇÃO AULA 9

Apenas para o grupo: apresentação do tema (Bibliografia, Delegacia da Mulher no Barro Preto, grupos de apoio, Psicologia da FUMEC)

9) A INCORPORAÇÃO DOS HOMENS – MASCULINIDADE

Arilha, Margareth. Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: o desafio da inclusão. In Giffin, Karen e Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *CAPÍTULO 24*

BEMFAM. 1999. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Comportamento Reprodutivo e Sexual da População Masculina. Rio de Janeiro: BEMFAM.

Duarte, Graciana Alves. 1998. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Caderno Saúde Pública*, 14(supl. 1):125-130.

Giffin, Karen e Cristina Cavalcanti. 1999. Homens e Reprodução. *Estudos Feministas*, 1º e 2º semestres, pp. 53-71.

Medrado, Benedito et al. 2000. Homens, Por Quê? Uma Leitura da Masculinidade a partir de um Enfoque de Gênero. Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos, n. 3, ano 2, pp. 12-16.

Mota, Murilo Peixoto da. 1998. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da Aids. *Caderno Saúde Pública*, vol.14 no.1.

www.ufpe.br/papai

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 9/APRESENTAÇÃO AULA 10

QUESTÃO: Discutir a literatura organizando-a, articuladamente, nos seguintes tópicos: (1) Homens e masculinidade/sexualidade; (2) Homens e saúde reprodutiva; e (3) Homens e demografia/estudos populacionais. O grupo deverá pesquisar e introduzir textos extras em sua apresentação.

10) RAÇA/ETNIA E SAÚDE REPRODUTIVA

Berquó, Elza. 1994. "Esterilização e Raça em São Paulo," *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11(1).

Caetano, André Junqueira. 2001. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Trabalho apresentado no Seminário *Raça/Etnicidade na América Latina: Questões sobre Saúde e Direitos Reprodutivos*, Fiocruz, Rio de Janeiro, 22 e 23 de novembro, 2001.

Jornal da RedeSaúde. 2001. Raça/Etnia, Saúde, Direitos Reprodutivos, nº 23, março. pp. 7-10, 16-19, **20-23**, 27-30, 31-33 e 37-40.

Oliveira, Fátima. 1999. O Recorte Racial/Étnico e a Saúde Reprodutiva: Mulheres Negras. In Giffin, Karen e Costa, Sarah Hawker (org.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. CAPÍTULO 22

Oliveira, Fátima. 1998. *Mulher Negra e Saúde*. Belo Horizonte: Mazza Editora, pp. 89-114.

QUESTÕES – ATIVIDADE AULA 10/APRESENTAÇÃO AULA 11

1) Grupo responsável: APRESENTAÇÃO LIVRE (falar com Fátima Oliveira fatimao@medicina.ufmg.br e Yone Gonzaga yonemg@cedeplar.ufmg.br), enfatizando mais os temas sobre a saúde reprodutiva da mulher negra (tais como o aborto e a incidência de miomas uterinos) outros que não a contracepção.

2) Baseado na literatura indicada acima, apresente as principais questões da saúde reprodutiva da mulher negra e discuta seus principais pontos. Opine sobre a existência e a substância do racismo no Brasil e a suas possíveis interações com a saúde reprodutiva feminina.

- BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Bilac, Elizabeth Dória; Rocha, Maria Isabel Baltar da. 1998. **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e Problemas**. São Paulo: Editora 34.

Costa, Albertina de Oliveira (org.). 1997. **Direitos Tardios: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34.

Galvão, Loren; Díaz, Juan (org.). 1999. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council.

Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR: Vide programa de curso, item 2.1.4.

- CONEXÕES DE INTERESSE

USAID conecte-se com *www.usaid.gov/pop_health* e *www.genderreach.com*
FNUAP conecte-se com *www.unfpa.org/program/programain.htm*;
UNDP conecte-se com *www.undp.org/popin*;
Population Council conecte-se com *www.popcouncil.org*;
IPPF conecte-se com *www.ippf.org* e *www.ippf.org/cairo*;
CDC-reproductive health conecte-se com *www.cdc.gov/nccdphp/drh*;
Fundação MacArthur – Brasil conecte-se com *www.macfound.org.br*;
Fundação Carlos Chagas conecte-se com *www.fcc.org.br*
Ministério da Saúde conecte-se com *www.saúde.gov.br*
OPAS conecte-se com *www.opas.org.br*
Fundação Fiocruz conecte-se com *www.fiocruz.br*

2.3.5. Avaliação

A avaliação foi feita através das atividades realizadas a partir da aula 3. Os participantes e alunos foram divididos em grupos. Todos ficaram incumbidos de entregar as questões respondidas, mas cada tema ficou sob a responsabilidade de um grupo apenas. Assim, na

primeira metade da aula, o grupo responsável por aquele assunto apresentava um trabalho baseado em pesquisa sobre o assunto. Neste aspecto, os grupos foram estimulados a pesquisarem o respectivo assunto em Belo Horizonte. O grupo responsável pelo tema Aborto, por exemplo, visitou os hospitais que oferecem serviço de aborto legal e entrevistou os responsáveis pelo serviço. Da mesma forma, o grupo responsável pelo tema violência contra a mulher fez contacto com delegacias da mulher, entrevistando delegadas e detetives.

O curso foi extremamente instrutivo e compensador, tanto para os participantes e alunos quanto para o professor. Considero que os envolvidos tiveram um contato com o tema que, ainda que não aprofundado teoricamente, os colocou em uma posição de conhecimento crítico sobre os domínios teórico e prático da área de saúde reprodutiva, em geral, e, neste aspecto, do quadro belorizontino. Isto se refletiu nas tarefas de pesquisa que realizaram. Ao utilizarem o conhecimento adquirido em sala de aula nas pesquisas e entrevistas que executaram, eles foram capazes de identificar e compreender as diferenças entre políticas e serviços propostos e o que realmente está implementado.

Em síntese, considero que os objetivos do curso foram plenamente alcançados, uma vez que os alunos foram introduzidos e familiarizaram-se com a questão da saúde reprodutiva e seus diversos sub-temas, além de terem pesquisado e avaliado criticamente os serviços existentes em Belo Horizonte para cada um dos assuntos abordados.

Especificamente com relação a este projeto, o curso foi instrumental na medida em que capacitou seus bolsistas e pesquisou e organizou informações e material fundamental sobre serviços públicos de planejamento familiar, pré-natal, parto, pós-parto, aborto e atendimento ginecológico, entre outros, que foram utilizadas na fase de elaboração do instrumento de coleta de dados da pesquisa SRSR.

Considero que a boa receptividade ao curso refletiu-se no fato das alunas Beatriz de Castro Filgueiras e Maria Ângela de Araújo terem demonstrado, durante o curso, interesse pelo projeto SRSR, sendo posteriormente incorporadas.

2.3.6. Resultados concretos

- Dissertação de mestrado do bolsista Lizandro Nei Gualberto, "Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano, defendida em 31 de março de 2003.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Elizângela Aparecida Braga,

"Contracpção: um panorâma da população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife?PE em 2002", defendida em março de 2003, sob orientação de Taís de Freitas Santos.

- Monografia de conclusão de curso da bolsista Marisa Alves Lacerda, "Adolescentes falando 'daquilo': um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG", defendida em março de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Beatriz de Castro Filgueiras, "Políticas públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte", a ser defendida em agosto de 2003, sob orientação de André Junqueira Caetano.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha, "Casadas, unidas e vulneráveis? Família, relações de gênero e vulnerabilidade feminina a DST/AIDS em Belo Horizonte e Recife", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que prevê a realização de entrevistas em profundidade com homens e mulheres. A aluna participou do IX Programa de Estudos Regionalizado de Introdução à Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, financiado pela Fundação Ford, realizado entre 24 de março e 11 de abril de 2003 em Campinas, SP.

2.4. Demografia da Raça I (30 horas-aula)

2.4.1. Professora

Paula Miranda-Ribeiro

2.4.2. Período

Agosto e setembro de 2001

2.4.3. Objetivos

Estudar raça é algo bastante controverso em qualquer parte do mundo. Além de estar ligado à questão da identidade, o tema traz à baila o fantasma do preconceito e da discriminação. Mais do que um problema sociológico e demográfico, o estudo de raça se tornou uma bandeira política através da qual certos grupos buscam o reconhecimento e a igualdade. Apesar da relevância desta luta, este curso trilhou um outro caminho. O objetivo foi

percorrer uma pequena parte da literatura sociológica e demográfica sobre raça, com ênfase na definição/construção do conceito de raça e na sua utilização pela Demografia. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que tratou de um dos objetos de investigação do programa, levando os bolsistas a refletirem sobre a questão racial tanto do ponto de vista teórico quanto de suas aplicações e representações na vida real.

2.4.4 Programa

Aula 1 – 06 de agosto

- Apresentação do programa do curso
- Conceitos básicos em Demografia
    - *Bibliografia*

      Carvalho, J.A.M., Sawyer, D.O., Rodrigues, R.N. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em Demografia*. São Paulo: ABEP, Série de Textos Didáticos, 1998.*

Aulas 2 e 3 – 13 e 16 de agosto

- Quesito cor nos censos, PNAD's e DHS's
- Pretos, pardos, brancos, indígenas, amarelos: quantos somos?
    - *Bibliografia*

      Berquó, E., Bercovich, A. e Garcia, E. *Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil.* Campinas, NEPO/UNICAMP, 1986.

      Berquó, E. "Demografia da desigualdade: algumas considerações sobre os negros no Brasil." *Anais VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1988, vol.3, p.89-110.

      Carvalho, J.A.M., Wood, C.H., Andrade, F.C.D. "Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90." Paper apresentado no XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, 23-27 de outubro, 2000.

      Henriques, R. Desigualdade racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90. IPEA, Texto para Discussão 807. Rio de Janeiro, 2001.

      Silva, N.V. "Aspectos demográficos dos grupos raciais". *Estudos Afro-Asiáticos* 23: 7-15, dezembro 1992.

      Silva, N.V. "Extensão e natureza das desigualdades raciais no Brasil". In Guimarães, A.S.A. e Huntley, L. (orgs), *Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.33-51.

      Skidmore, T.E. "O ideal de 'branqueamento'." In *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, p.219-24.

      Wood, C.H., Carvalho, J.A.M. "Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil." *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 11 (1): 3-17, 1994.

Aulas 4 e 5 – 10 e 13 de setembro

- Definição de raça
    - *Bibliografia*

Andrews, G.R. "Terminologia racial brasileira." Apêndice b in *Negros e brancos em São Paulo (1888-1988)*. Bauru: Edusc, 1998, p.379-92.
Guimarães, A.S.A. "Raça e os estudos das relações raciais no Brasil". *Novos Estudos Cebrap* 54: 147-56, julho 1999.
Omi, M., Winant, H. *Racial formation in the United States: from the 1960's to the 1990's*. New York: Routledge, 1994, 2nd edition, p.53-76.
Schwarcz, L.K.M. "Nomeando as diferenças: a construção da idéia de raça no Brasil." In Villas-Bôas, G. e Gonçalves, M.A. (org.), *O Brasil na virada do século: o debate dos cientistas sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995, p.177-91.
Silva, N.V. "Uma nota sobre 'raça social' no Brasil." In Hasenbalg, C., Silva, N.V. e Lima, M., *Cor e estratificação social*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999, p.107-25.

<u>*Aulas 6 e 7 – 14 e 17 de setembro*</u>

- Identidade e racismo
  - *Bibliografia*

Guimarães, A.S.A. "Definindo o racismo". Parte I in *Racismo e anti-racismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1999, p.19-68.
Hall, S. *A identificação cultural na pós-modernidade.* Rio de Janeiro: DP&A, 1998, 2ª edição.
Montes, M.L. "Raça e identidade: entre o espelho, a invenção e a ideologia." In Schwarcz, L.M. e Queiroz, R.S. (org.), *Raça e diversidade*. São Paulo: Edusp, 1996, p.47-74.
Schwartzman, S. "Fora de foco: diversidade e identidades étnicas no Brasil." *Novos Estudos Cebrap* 55: 83-96, novembro 1999.
Santos, H. "Uma avaliação do combate às desigualdades raciais no Brasil". In Guimarães, A.S.A. e Huntley, L. (orgs), *Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.53-74.
Silva, N.V. "Morenidade: modo de usar". In Hasenbalg, C., Silva, N.V. e Lima, M., *Cor e estratificação social*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999, p.86-106.
Telles, Edward E. & Nelson Lim. "Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil." *Demography* 35 (4): 465-74, November 1998.
Waters, Mary C. "Racial and ethnic identity choices". In: Waters, M.C., *Black identities: West Indian immigrant dreams and American realities*. NY: Russel Sage Foundation, p.44-93, chapter 3, 1999.

<u>*Aula 8 – 20 de setembro*</u>

- Apresentação dos trabalhos finais

2.4.5 Avaliação da Professora

Os alunos foram avaliados através de apresentação de seminário em sala de aula, resumos individuais dos textos apresentados nos seminários, trabalho final em grupo, participação nas aulas e nos seminários dos colegas, freqüência e pontualidade às aulas. As metas do curso foram plenamente alcançadas, pois os alunos tiveram a oportunidade de discutir os aspectos teóricos que envolvem a questão de raça no Brasil, comparando com o caso americano, sempre que pertinente. Desta forma, os bolsistas se prepararam, em termos substantivos, para o módulo seguinte do curso, que envolveu

o pré-teste de questões já utilizadas em pesquisas sobre cor/raça no Brasil, bem como a elaboração de questões inéditas.

2.4.6 Resultados concretos

- Dissertação de mestrado do bolsista Lizandro Nei Gualberto, "Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano, defendida em 31 de março de 2003, com base nos dados da DHS/96.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Maria Ângela de Araújo, "Como subir na vida: um estudo qualitativo da mobilidade social entre brancas e negras em Belo Horizonte", defendida em 14 de março de 2003 sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que incluiu entrevistas em profundidade com mulheres brancas e negras de grupos etários e níveis de escolaridade distintos.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Andréa Branco Simão, "Gravidez e maternidade na adolescência e juventude: evidências de Belo Horizonte e Recife - 2002 e 2003", defendido em 18 de junho de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano. Para a tese, serão feitos grupos focais com mulheres de 20 a 24 anos e de 50 a 59 anos, onde raça será um dos temas em discussão.

2.5. Demografia da Raça II (30 horas-aula)

2.5.1. Professora

Paula Miranda-Ribeiro

2.5.2. Período

Setembro e outubro de 2001

2.5.3. Objetivos

O objetivo deste módulo do curso foi, com base na bibliografia do módulo anterior, tentar entender como os indivíduos constroem suas percepções de raça/cor. Os alunos fizeram uma série de pré-testes, a fim de verificar qual(is) seria(m) a(s) melhor(es) maneira(s) de captar a percepção dos indivíduos a respeito do tema sob a forma de questionário. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que tratou de um dos objetos de investigação do programa, oferecendo aos bolsistas a oportunidade de verificar, na prática,

como os indivíduos de grupos sociais distintos percebem a questão de cor/raça e quão complicada é a classificação racial/por cor de uma população.

2.5.4 Programa

Aulas 1 – 24 de setembro

- Apresentação do programa
- Discussão sobre os trabalhos finais do módulo anterior

Aulas 2 e 3 – 27 de setembro e 01 de outubro

- O que já foi feito: um sumário das formas alternativas de coleta de dados sobre raça/cor apresentadas nos textos da bibliografia do módulo anterior
    - *Bibliografia*

      Vide módulo anterior

Aula 4 – 03 de outubro

- Seminário I – A Conferência de Durban (debate entre os grupos)
    - *Bibliografia*

      Reportagens da mídia/internet

      Pasta de recortes de jornais organizada pela Nathália

Aula 5 – 08 de outubro

- Seminário II – O que já foi feito: Datafolha, "300 anos de Zumbi: os brasileiros e o preconceito de cor" (apresentação de grupo)
    - *Bibliografia*

      Questionário da pesquisa

      Folha de São Paulo/Datafolha – Turra, Cleusa e Venturini, Gustavo (orgs.). *Racismo cordial: a mais completa análise sobre preconceito de cor no Brasil*. São Paulo: Editora Ática, 1995.
    - *Para casa*

      Pré-teste I: pré-testar questões aplicadas no questionário do DataFolha

Aula 6 – 11 de outubro

- Seminário III – Discussão do pré-teste I

Aula 7 – 22 de outubro

- Seminário IV – O que será feito: Belo Horizonte Area Survey (apresentação de grupo)
    - *Bibliografia*

      Questionário da pesquisa
    - *Para casa*

      Pré-teste II: pré-testar questões aplicadas no questionário do Belo Horizonte Area Survey

Aula 8 – 25 de outubro

- Seminário V – Discussão do pré-teste II

Aula 9 – 29 de outubro

- Seminário VI – O que faremos? Projeto SRSR
- Falhas, lacunas e problemas a serem enfrentados pela nossa pesquisa: sugestões
- Apresentação da proposta de cada grupo, devidamente pré-testada, em versão preliminar

06 de novembro – entrega do trabalho final

2.5.5 Avaliação da Professora

A avaliação dos alunos teve por base a participação nas aulas e nos seminários dos colegas, freqüência e pontualidade às aulas, trabalhos em grupo e pré-testes. A turma foi divida em dois grupos. Cada grupo ficou responsável por (1) duas apresentações em sala de aula, (2) dois pré-testes e (3) uma proposta para o Projeto SSRR. A apresentação de seminários em sala de aula foi dividida em duas. A primeira tratou da Conferência de Durban, quando um grupo se posicionou contra ("conservador") e o outro a favor ("liberal") das medidas adotadas. Para a alegria da professora, o grupo conservador teve dificuldade em argumentar contra as posições mais liberais defendidas pelo outro grupo. A segunda apresentação em grupo versou sobre duas pesquisas que trataram/tratam do tema raça no Brasil:, a pesquisa da DataFolha e o Belo Horizonte Área Survey). Após as discussões teóricas sobre as duas pesquisas, foram feitos dois

pré-testes. Cada aluno aplicou cada pré-teste em cinco indivíduos bastante distintos entre si em termos de escolaridade, nível socioeconômico e raça/cor, segundo a classificação do próprio aluno. Os resultados foram apresentados de forma a tentar explorar as diferenças e as similaridades das respostas e o que deu ou não certo, apontando alternativas. Esta etapa foi das mais interessantes, na medida em que possibilitou que cada bolsista percebesse, na prática, as dificuldades em trabalhar com questões relacionadas à cor/raça. Foi muito comum ouvir relatos de entrevistados que não tinham uma visão elaborada sobre o tema e, portanto, tinham muita dificuldade em responder as perguntas colocadas pelo entrevistador. As discussões sobre os pré-testes eram sempre animadas e os alunos demonstravam muito entusiasmo com seus resultados. O trabalho final, em grupo, consistiu em uma proposta devidamente pré-testada para integrar o questionário do Projeto SRSR, levando em consideração tudo o que foi visto e discutido nos dois módulos do curso. Várias das propostas apresentadas neste item foram de fato incorporadas ao questionário.

2.5.6 Resultados concretos

- Dissertação de mestrado do bolsista Lizandro Nei Gualberto, "Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano, defendida em 31 de março de 2003, com base nos dados da DHS/96.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Maria Ângela de Araújo, "Como subir na vida: um estudo qualitativo da mobilidade social entre brancas e negras em Belo Horizonte", defendida em 14 de março de 2003 sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que incluiu entrevistas em profundidade com mulheres brancas e negras de grupos etários e níveis de escolaridade distintos.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Andréa Branco Simão, "Gravidez e maternidade na adolescência e juventude: evidências de Belo Horizonte e Recife - 2002 e 2003" defendido em 18 de junho de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano. Para a tese, serão feitos grupos focais com mulheres de 20 a 24 anos e de 50 a 59 anos, onde raça será um dos temas em discussão.
- Questões incorporadas ao questionário SRSR.

2.6. Amostragem Básica (30 horas-aula)

2.6.1. Professor

Pedro Luís Nascimento Silva.

- *Ph.D.* em Estatística pelo *Department of Social Statistics*, Universidade de Southampton, Inglaterra.
- Mestre em Matemática Aplicada (Estatística) pelo Instituto de Matemática Pura e Aplicada (IMPA).
- Bacharel em Estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE).
- Pesquisador Titular III do Departamento de Metodologia da Diretoria de Pesquisas da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trabalha na reformulação das amostras das pesquisas econômicas anuais e na reformulação das pesquisas sobre o mercado de trabalho, e na implantação do Laboratório de Estatísticas Públicas. É o atual editor responsável pela Revista Brasileira de Estatística (RBEs). Atua também como professor e membro do comitê de coordenação do Curso de Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais da Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Desenvolve pesquisas conjuntas com o Prof. Chris Skinner, da Universidade de Southampton, sobre utilização de estimadores de regressão em amostragem. De Fevereiro de 1999 a Fevereiro de 2000, chefia o Departamento de Metodologia da Diretoria de Pesquisas do IBGE. Trabalha na reformulação da amostra da Pesquisa Mensal de Emprego e no planejamento do Censo Demográfico 2000. Desde maio de 2000 é gerente de Apoio à Pesquisa do Departamento de Metodologia. Desenvolve pesquisas conjuntas com o Prof. Danny Pfeffermann (Univ. de Jerusalém) e o Prof. Fernando Moura (UFRJ) sobre ajuste de modelos multinível em pesquisas com planos amostrais informativos.

2.6.2. Período

Setembro a novembro de 2001

2.6.3. Objetivos

O objetivo geral do curso foi capacitar os participantes para um desempenharem adequadamente as tarefas de planejamento do uso da amostragem na pesquisa, desde as etapas de seleção da amostra e coleta dos dados, até a preparação dos resultados principais para análise e divulgação, bem como para atuarem como usuários conscientes de dados

obtidos através de pesquisas por amostragem. Não se esperava que os bolsistas se tornassem "amostristas", mas que tivessem conhecimento suficiente para discutir, demandar e avaliar questões relativas à amostragem. O curso é relevante para o Programa SRSR na medida em que foram introduzidos e discutidos conceitos e definições fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa, despertando a capacidade dos estudantes para perceberem a importância da definição dos objetivos, da população de pesquisa, dos principais termos e conceitos envolvidos no estudo, do cadastro utilizado para seleção e expansão da amostra e das formas possíveis de seleção de amostra para obter resultados confiáveis.

2.6.4. Programa

O programa incluiu a apresentação dos principais métodos de amostragem e estimação requeridos para a seleção da amostra e preparação das etapas de estimação, ponderação e tabulação dos resultados. Cópias do material didático em formato digital foram deixadas em poder dos docentes do CEDEPLAR, e todo o material impresso foi fornecido aos alunos.

O treinamento foi ministrado em 4 visitas de dois dias cada, totalizando uma carga horária de 30 horas. As aulas teóricas eram intercaladas por sessões de exercícios práticos e, entre as visitas, tarefas de aplicação das idéias ao projeto de pesquisa específico sendo desenvolvido pela equipe eram conduzidas pelos participantes e contavam com a revisão e discussão dos ajustes necessários na visita subseqüente do instrutor.

Os tópicos detalhados cobertos no curso incluíram:

Aula 01 - O que é uma pesquisa;

Aula 02 - Censos, amostras e registros administrativos;

Aula 03 - Conceitos e definições;

Aula 04 - Cadastros;

Aula 05 - Amostragem aleatória simples e sistemática;

Aula 06 - Amostragem estratificada;

Aula 07 - Amostragem com probabilidades desiguais;

Aula 08 - Amostragem conglomerada;

Aula 09 - Estimação;

Aula 10 - Erros amostrais e precisão das estimativas;

Aula 11 - Erros não amostrais mais as atividades práticas associadas.

- Bibliografia

  Apostilas fornecidas pelo instrutor em cada sessão realizada.

SATIN, A. e SHASTRY, W. (1983). *Survey Sampling: A Non-Mathematical Guide*. Toronto: Statistics Canada.

2.6.5. Avaliação do professor

Um conjunto de oito exercícios orientados, formulados pelo instrutor, que consistiram no seguinte:

Exercício 1: Discussão da motivação da pesquisa

a. Objetivo geral da pesquisa
b. Quem é o objeto da pesquisa? Por que?
c. O que se pretende saber com base na pesquisa? Por que? Liste as questões principais que a pesquisa precisa responder.
d. O que já se sabe sobre as questões de interesse da pesquisa? Existem informações anteriores sobre o tema e as populações de interesse? Essas informações permitem responder as questões da pesquisa de forma satisfatória? Se não, quais as suas limitações? Como a pesquisa poderá superar as limitações e avançar o conhecimento de forma desejada?
e. Por que a forma escolhida de obter informações sobre o tema foi uma pesquisa estatística? Haveria formas alternativas? Vantagens e desvantagens em relação a outras formas pesavam a favor da pesquisa?
f. Como a pesquisa se desenvolve no tempo? Uma só ocasião? Pesquisa repetida? É necessário observar as mesmas unidades em mais de uma ocasião? Por que?
g. Para que tipos de quantidades resumo são requeridas estimativas? Para que grupos de unidade da população? Há indicações sobre as margens de erro aceitáveis para as estimativas a serem produzidas?

Exercício 2: Conceitos e definições básicas para pesquisa

a. Qual é a população alvo da pesquisa?
b. Qual é o principal cadastro utilizado?
c. Qual é a população alvo da pesquisa?
d. Quais são as unidades de referência?
e. Quais são as unidades informantes?
f. Quais são as unidades de análise?
g. Quais são as unidades de amostragem?

h. Qual é o tipo de pesquisa? Censo, amostra, compilação de registro administrativo? Por que esse tipo foi escolhido?
i. Como serão coletados os dados?
j. Há subgrupos populacionais relevantes para análise que devam ser destacados na apresentação dos resultados? Quais e como são identificados?
k. Quais as variáveis/temas/características principais que a pesquisa deve levantar?
l. Há alguma teoria ou hipótese que a pesquisa deve permitir testar/verificar? Qual? A pesquisa terá finalidade analítica ou descritiva?

Exercício 3:

Complete a definição operacional dos conceitos básicos requeridos para a pesquisa.

Exercício 4:

Identifique ao menos dois cadastros alternativos que poderiam ser utilizados para localizar e acessar a população de interesse da pesquisa. Para cada cadastro forneça o seguinte:

a. Descrição geral do cadastro, de suas unidades, de como estas se relacionam com as unidades da população alvo.
b. Discuta as vantagens e limitações do cadastro.
c. Discuta a acessibilidade do cadastro.
d. Discuta possíveis problemas de qualidade com o cadastro.
e. Indique como o cadastro seria aproveitado para amostragem.
f. O cadastro precisa de atualização e/ou complementação com outras informações? Essas operações são viáveis? Se não, que limitações impõem ao cadastro?
g. Comparados os cadastros, faça sua escolha de um cadastro para servir de base à amostragem da pesquisa. Defina (redefina) a população de pesquisa a ser coberta.
h. Produza as especificações necessárias para que o cadastro selecionado seja adquirido.
i. Após a aquisição do cadastro, realize exploração dos seus dados e procure conhecer em detalhes as características do mesmo.
j. Faça a seleção das variáveis e características do cadastro que podem auxiliar o planejamento da amostra.

Exercício 5:

Considerando os dados da população de exemplo apresentados na tabela abaixo, pratique a

seleção de amostras e seu uso para estimar medidas de interesse da população mediante realização das seguintes tarefas:

a. Selecione uma amostra aleatória simples de tamanho 4 da população. Descreva como fez para selecionar a amostra e para garantir que satisfaz as propriedades fundamentais (todas as amostras têm igual probabilidade de seleção e todas as unidades da população têm igual probabilidade de seleção). Não utilize computador para esta etapa.
b. Repita a tarefa acima utilizando o computador. O que mudou? Ficou mais fácil ou mais difícil realizar a tarefa? Por que?
c. Calcule a probabilidade de uma unidade qualquer entrar na amostra de tamanho 4 selecionada.
d. Calcule uma estimativa de renda média na população usando sua amostra. Use a mesma amostra para estimar a renda total da população.
e. Calcule estimativas da proporção de pessoas brancas e da proporção de mulheres na população.

População			
Aluno	**Sexo**	**Raça**	**Renda**
1	F	B	500
2	F	B	600
3	F	B	500
4	F	B	600
5	F	N	300
6	M	N	400
7	M	B	1000
8	M	B	700

Exercício 6:

Considerando os dados da população apresentados na tabela acima, pratique a seleção de amostras estratificadas e seu uso para estimar medidas de interesse da população mediante a realização das seguintes tarefas:

a. Selecione uma amostra estratificada simples de tamanho total igual a 4 da população, considerando como variável de estratificação a raça da pessoa (B= branca; N = não branca). Considere: a - alocação igual da amostra nos estratos; b - alocação proporcional da amostra nos estratos.
b. Calcule a probabilidade de uma pessoa não branca entrar na amostra para cada uma das alternativas de alocação consideradas acima.
c. Calcule estimativas de renda média na população usando cada uma das amostras.
d. Você saberia dizer qual das duas alternativas de alocação é preferível nesta situação? Como faria para verificar se sua resposta esta certa?

Exercício 7:

Considerando os dados da população de fazendas apresentados na tabela abaixo, pratique a seleção de amostras PPT e seu uso para estimar medidas de interesse da população mediante realização das seguintes tarefas:

a. Selecione uma amostra PPT sistemática de tamanho total igual a 2 da população, considerando como variável de tamanho a área das fazendas.
b. Calcule a probabilidade de cada fazenda entrar na amostra (para todas as fazendas da população).
c. Calcule estimativa de despesa total das fazendas da população usando a amostra selecionada.
d. Você poderia usar amostragem estratificada nesta população para estimar a despesa total? Como faria isso, pensando em usar amostra de tamanho n=2 como no item 1?

População de Fazendas		
Fazenda	**Área**	**Despesas**
1	50	26,000
2	1000	470,000
3	125	63,800
4	300	145,000
5	500	230,000
6	25	12,500

Exercício 8:

Considerando os dados da população de setores apresentados na planilha "setores.xls" já distribuída, pratique a seleção de amostras conglomeradas e seu uso para estimar medidas de interesse da população mediante realização das seguintes tarefas:

a. Selecione uma amostra destes setores selecione um de cada dez domicílios. Calcule a probabilidade de seleção: dos setores; dos domicílios em cada um dos setores sorteados; dos domicílios entrarem na amostra como um todo.
b. Usando a amostra selecionada em 1, localize o número de moradores de cada um dos domicílios da sua amostra na tabela "domicílios" da planilha fornecida. Usando estas informações, calcule uma estimativa do total de moradores da população de onde a amostra foi selecionada.
c. Selecione uma amostra PPT sistemática de n=4 setores tomando o número de domicílios em cada setor como medida de tamanho, e dentro de cada um destes setores selecione m=10 domicílios. Calcule a probabilidade de seleção: dos setores; dos domicílios em cada um dos setores sorteados; dos domicílios entrarem na amostra como um todo.

d. Usando a amostra selecionada em 2, localize o número de moradores de cada um dos domicílios da sua amostra na tabela "domicílios" da planilha fornecida. Usando estas informações, calcule uma estimativa do total de moradores da população de onde a amostra foi selecionada.
e. Se os planos das tarefas 1+2 ou 3+4 fossem apresentados a você, qual dos dois preferiria? Porque? Você tem como avaliar qual dos dois deve dar resultados mais confiáveis?

Minha avaliação é de que o objetivo do curso foi plenamente atingido, com todas as etapas do planejamento e implementação da amostra tendo transcorrido sem quaisquer problemas ou incidentes. Isto reflete bem o grau de envolvimento e empenho, a competência e o bom entrosamento da equipe submetida ao treinamento e que posteriormente participou da elaboração e realização da pesquisa.

De um ponto de vista didático, o curso foi bem sucedido em combinar a apresentação das principais idéias, conceitos e métodos requeridos para o trabalho, e propiciar as oportunidades para a colocação em prática dessas idéias, em linha com as modernas teorias de ensino aprendizagem, aplicáveis também à Estatística. Para os encarregados da pesquisa, foi extremamente útil poder contar com um treinamento "*on the job*", onde as tarefas de consolidação do aprendizado propostas como parte do curso foram ao mesmo tempo gerando parte dos produtos requeridos para a implementação da pesquisa.

2.6.6 Resultados concretos

- Capacitação dos alunos para discutir, demandar e avaliar questões relativas à amostragem.

2.7. Saúde Reprodutiva e Práticas Políticas (mini-curso)

2.7.1. Professora

Ana Paula Portella

- SOS CORPO Gênero e Cidadania, Recife, PE
- Pesquisadora e educadora, desenvolvendo atividades nas áreas de gênero, sexualidade, saúde e desenvolvimento junto trabalhadoras rurais, lideranças sindicais, técnicos/as de ONGs, profissionais de saúde e organizações de mulheres.

- Coordenadora do Núcleo de Pesquisas do SOS Corpo, 1999-atual
- Coordenação da pesquisa do IRRRAG (International Reproductive Rights Research Action Group) no Brasil.
- Coordenação em Pernambuco da Pesquisa Estudo Multicêntrico sobre Violência Doméstica e Saúde da Mulher, da Organização Mundial de Saúde.
- Desenvolvimento e apoio técnico às atividades de projetos do SOS Corpo nas áreas de pesquisa, educação e representação política.
- Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
- Membro do Colegiado de Coordenação do SOS Corpo.

2.7.2. Período

3 a 7 de dezembro de 2001

2.7.3. Objetivos

O curso teve como objetivo discutir e refletir sobre aspectos relacionados à saúde reprodutiva, sexualidade, raça/cor dentro da perspectiva feminista. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que trouxe à baila a discussão do feminismo e da prática política, ingredientes importantes quando se discutem questões ligadas à saúde reprodutiva e sexualidade.

2.7.4. Programa

Sessão 1 - Raízes do Feminismo Brasileiro Contemporâneo

a. Fundamentos: das revoluções modernas à Simone de Beauvoir
b. Consolidação: da revolução cultural dos anos 60 à atualidade
c. Peculiaridades do feminismo brasileiro e latino-americano

ÁVILA, Maria Betania. (1998). Alianças e Parcerias do Movimento de Mulheres. *Democracia Viva*, 2. Rio de Janeiro: IBASE/Moderna

Sessão 2 - Feminismo da igualdade e feminismo da diferença

a. Exterioridade e participação
b. Sujeito: autonomia e projeto
c. A política como substrato da ação no mundo

DEL RE, Alisa. (1991). Práticas Políticas e Binômios Teóricos no Feminismo Contemporâneo. Recife: SOS Corpo

Sessão 3 - Saúde reprodutiva: reflexão e prática política

a. Transformando conceitos e práticas: saúde materno-infantil, saúde reprodutiva e daí para os direitos reprodutivos
b. Construindo alianças: relação com o Estado, profissionais de saúde e cientistas
c. O campo internacional e os marcos legais
d. Impasses: sexualidade, aborto, contracepção e assistência à saúde

ÁVILA, Maria Betania & CORREA, Sonia. (1999). O Movimento de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Revisitando Percursos. in GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan (orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Population Council.

Sessão 4 - O Lugar da Pesquisa no Feminismo Brasileiro e no SOS Corpo.

a. O desvelamento da realidade: as "vozes das mulheres" como base para a disputa pela interpretação do mundo.
b. Proeminência das pesquisas qualitativas: sentimentos, opiniões e reflexões.
c. Princípios éticos.
d. Pesquisas brasileiras que mudaram o rumo da ação feminista.
e. Contexto atual: campos de investigação, questões metodológicas e parcerias.

2.7.5. Avaliação

O curso "Saúde Reprodutiva e Práticas Políticas" foi muito rico e, na minha opinião, aconteceu no momento perfeito em termos da formação dos alunos. Os cursos da Profa. Sandra Azeredo (gênero) e do Prof. André Caetano (saúde reprodutiva) já haviam dado a base teórica necessária e permitiram que este curso desse bastante ênfase às práticas políticas. Além disso, o curso antecedeu a construção do instrumento de pesquisa, permitindo que várias das questões discutidas pudessem ser, de alguma forma, incorporadas ao questionário. O nível das discussões foi sempre muito elevado, uma vez que estavam presentes dois elementos fundamentais: embasamento teórico e interesse pelo tema. Os alunos eram extremamente motivados, questionadores e participativos. Seguindo as recomendações dos responsáveis pelo Programa SRSR, não houve avaliação formal sob a forma de nota, mas uma preocupação em observar o desempenho de cada um dos alunos durante as discussões e seminários. Sem sombra de dúvida, todos eles tiveram um desempenho mais que satisfatório tanto em termos do número de intervenções, quanto dos

conteúdos das mesmas.

2.7.6 Resultados concretos

- Perguntas e temas incorporados ao questionário SRSR.

2.8. Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia I (30 horas-aula)

2.8.1. Professora

Paula Miranda-Ribeiro

2.8.2. Período

Maio a julho de 2002

2.8.3. Objetivos

O objetivo do curso foi percorrer os métodos qualitativos que vêm sendo utilizados na Demografia. A proposta foi (1) tratar dos aspectos teóricos relacionados aos métodos e (2) familiarizar o(a) aluno(a) com trabalhos que utilizam cada um dos métodos discutidos. Ao final do curso, o(a) aluno(a) estava capacitado a identificar o método mais adequado para responder diferentes tipos de pergunta teórica. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que deu a base teórica da pesquisa qualitativa, além de oferecer exemplos de aplicações em Demografia.

2.8.4. Programa

Aula 1 – 27 de maio

- Apresentação do programa
- Discussão da avaliação e tarefas
- Divisão dos grupos
- Ciência, Demografia e Métodos

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1998, 2ª edição.

Aula 2 – 03 de junho: o pesquisador e os problemas éticos

ADLER, P.A., ADLER, P. "Ethical issues in self-censorship: ethnographic research on sensitive topics." In Renzetti, C.M., Lee, R.M. (eds.), *Researching sensitive topics*.

Newbury Park, California: Sage, 1993, p.249-66.

CORNFIELD, D., SULLIVAN, T. "Fieldwork in the oligopoly: protecting the corporate subject." *Human Organization* 42 (3): 258-63, Fall 1983.

DANIELS, A.K. "Self-deception and self-discovery in fieldwork." *Qualitative Sociology* 6 (3): 195-214, Fall 1983.

HOPKINS, K.L. *Under the knife: cesarean section and female sterilization in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1998.

LAPLANTINE, F. *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SIEBER, J.E. "The ethics and politics of sensitive research." In Renzetti, C.M., Lee, R.M. (eds.), *Researching sensitive topics*. Newbury Park, California: Sage, 1993, p.14-26.

Aula 3 – 10 de junho: observação

FEAGIN, J.R., ORUM, A.M. e SJOBERG, G. (eds.). *A case for the case study*. University of North Carolina Press, 1991.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HOPKINS, K.L. *Under the knife: cesarean section and female sterilization in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1998.

STYLES, J. "Outsider/insider: researching gay baths." *Urban Life* 8 (2): 135-52, July, 1979.

Aula 4 – 17 de junho: etnografia

MALINOWSKI, B. "Introdução: tema, método e objetivo desta pesquisa". In *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e das aventuras dos nativos nos aquipélagos da Nova Guiné Melanésia*, p.17-34. Coleção Os Pensadores, Editora Victor Civita, 1984.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 1992.

Aula 5 – 24 de junho: entrevista em profundidade

FEAGIN, J.R., ORUM, A.M. e SJOBERG, G. (eds.). *A case for the case study*. University of North Carolina Press, 1991.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HOPKINS, K.L. *Under the knife: cesarean section and female sterilization in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1998.

TIRADO, M.G.A. *A percepção dos idosos sobre envelhecimento e dependência: um*

estudo qualitativo no município de Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 2000.

WEISS, R.S. *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press, 1994.

WILLIAMS, C.L. *Still a man's world*. Berkeley: University of California Press, 1995.

Aula 6 – 01 de julho: grupos focais

KNODEL, J., CHAMRATRITHIRONG, A., DEBAVALYA, N. *Thailand's reproductive revolution: rapid fertility decline in a Third-World setting*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1987.

KNODEL, J., PRAMULRATANA, A., HAVANON, N. "Focus group research on fertility decline in Thailand: methodology and findings." In *Micro-Approaches to Demographic Research*, eds. John C. Caldwell, Allan G. Hill and Valerie J. Hull. London: Kegan Paul International, p.41-55, 1988.

MIRANDA-RIBEIRO, P. "The stud, the virgin, the queer, and the slut: a qualitative analysis of teenage sexual identity in Brazil." Paper apresentado na 1998 Population Association of America Annual Meetings, Chicago, IL, 2-4 de abril, 1998.

Aula 7 – 08 de julho: análise de conteúdo

BASSANEZI, C. "Revistas femininas e o ideal de felicidade conjugal (1945-1964)."

KRIPPENDORFF, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Newbury Park: Sage, 1980.

MIRANDA-RIBEIRO, P. *Television and the sexuality transition among teenagers in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1997.

OLIVEIRA, A.M.H.C. "O que os brasileiros apreendem sobre o mercado de trabalho a partir de revistas populares: uma análise de conteúdo de *Veja*". 1998 (mimeo).

WATKINS, S.C. "If all we knew about women was what we read in Demography, what would we know?" *Demography* 30 (4): 551-77, November 1993.

WILMOTH, J.R., BALL, P.B. 1992. "The Population Debate in American Popular Magazines, 1946-1990". *Population and Development Review*, 18: 631-68.

Aula 8 – 15 de julho: continuidades e novidade

- seminário/debate final: continuidades
- aula expositiva: novidade – DACUM (Daisy M. X. Abreu)

2.8.5. Avaliação

A avaliação consistiu em: (a) presença e participação nas discussões em realizadas em cada sessão; (b) apresentação em grupo; (c) duas tarefas individuais; e (d) seminário final.

Tarefas em grupo:

A turma foi dividida em grupos, ficando cada um responsável pela apresentação de um método. Tarefas individuais:

Tarefa 1: Cada aluno(a) fez, individualmente, um resumo crítico dos trabalhos apresentados pelo seu grupo, apontando falhas, lacunas e aspectos positivos com relação ao uso do método em cada um dos trabalhos.

Tarefa 2: Cada aluno(a) escolheu um trabalho, de autoria própria ou não, que utilizasse método quantitativo e discutiu a metodologia e os resultados, apontando falhas, lacunas e aspectos positivos. Finalmente, o(a) aluno(a) sugeriu qual(is) método(s) qualitativo(s), em combinação com os dados quantitativos utilizados, melhor ajudaria(m) a responder à pergunta inicialmente proposta no trabalho.

2.8.6 Resultados concretos

- Monografia de conclusão de curso da bolsista Marisa Alves Lacerda, "Adolescentes falando 'daquilo': um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG", defendida em março de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que utilizou entrevistas em profundidade com adolescentes.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Maria Ângela de Araújo, "Como subir na vida: um estudo qualitativo da mobilidade social entre brancas e negras em Belo Horizonte", defendida em 14 de março de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que incluiu entrevistas em profundidade com mulheres brancas e negras de grupos etários e níveis de escolaridade distintos.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Andréa Branco Simão, "Gravidez e maternidade na adolescência e juventude: evidências de Belo Horizonte e Recife - 2002 e 2003", a ser defendido em 18 de junho de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano. Para a tese, serão feitos grupos focais com mulheres de 20 a 24 anos e de 50 a 59 anos, onde raça será um dos temas em discussão..
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha, "Casadas, unidas e vulneráveis? Família, relações de gênero e vulnerabilidade feminina a DST/AIDS em Belo Horizonte e Recife", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que prevê a realização de entrevistas em profundidade com homens e mulheres.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Beatriz de Castro Filgueiras, "Políticas

públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte", a ser defendida em agosto de 2003, sob orientação de André Junqueira Caetano.

2.9. Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia II (30 horas-aula)

2.9.1. Objetivos

O curso se propôs a (1) introduzir o(a) aluno(a) na arte da pesquisa qualitativa, (2) treiná-lo(a) na utilização de pacotes computacionais para análise de dados coletados a partir de métodos qualitativos e (3) guiá-lo(a) na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Ao final do curso, o(a) aluno(a) deve ser capaz de coletar e analisar dados qualitativos, bem como combiná-los com dados quantitativos. O curso foi relevante para o Programa SRSR na medida em que ofereceu ao bolsista a oportunidade de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido no módulo anterior e de vivenciar a pesquisa de campo qualitativa.

2.9.2. Período

Agosto a dezembro de 2002

2.9.3. Professor

Paula Miranda-Ribeiro

2.9.4. Programa

<u>Aula 1 - 14 de agosto</u>

- apresentação do programa
- discussão sobre temas, trabalhos e cronograma
  - para-casa: elaborar de roteiro de entrevista em profundidade (em grupo)
  - bibliografia:

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HOPKINS, K.L. *Under the knife: cesarean section and female sterilization in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1998.

TIRADO, M.G.A. *A percepção dos idosos sobre envelhecimento e dependência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte.* Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 2000.

WEISS, R.S. *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press, 1994.

WILLIAMS, C.L. *Still a man's world*. Berkeley: University of California Press, 1995.

Aula 2 - 21 de agosto

- discussão dos roteiros e formas de recrutamento das entrevistas em profundidade
    - para-casa 1: fazer duas entrevistas em profundidade utilizando roteiro discutido em sala de aula

Aula 3 - 04 de setembro

- discussão das entrevistas em profundidade
    - para-casa 2: elaborar de roteiro de grupo focal (em grupo de 2)
    - bibliografia:

KNODEL, J., CHAMRATRITHIRONG, A., DEBAVALYA, N. *Thailand's reproductive revolution: rapid fertility decline in a Third-World setting*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1987.

KNODEL, J., PRAMULRATANA, A., HAVANON, N. "Focus group research on fertility decline in Thailand: methodology and findings." In *Micro-Approaches to Demographic Research*, eds. John C. Caldwell, Allan G. Hill and Valerie J. Hull. London: Kegan Paul International, p.41-55, 1988.

MIRANDA-RIBEIRO, P. "The stud, the virgin, the queer, and the slut: a qualitative analysis of teenage sexual identity in Brazil." Paper apresentado na 1998 Population Association of America Annual Meetings, Chicago, IL, 2-4 de abril, 1998.

Aula 4 - 11 de setembro

- discussão dos roteiros e formas de recrutamento dos grupos focais
    - para-casa 3: fazer dois grupos focais utilizando roteiro (um como moderador, outro como relator/anotador)

Aula 5 - 25 de setembro

- discussão dos grupos focais
    - para-casa 4: elaborar roteiro/guia para análise de conteúdo
    - bibliografia:

BASSANEZI, C. "Revistas femininas e o ideal de felicidade conjugal (1945-1964)."

KRIPPENDORFF, K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Newbury Park: Sage, 1980.

MIRANDA-RIBEIRO, P. *Television and the sexuality transition among teenagers in Brazil*. Ph.D. Dissertation presented to the Sociology Department, Graduate School of Arts, The University of Texas at Austin, 1997.

OLIVEIRA, A.M.H.C. "O que os brasileiros apreendem sobre o mercado de trabalho a partir de revistas populares: uma análise de conteúdo de *Veja*". 1998 (mimeo).

WATKINS, S.C. "If all we knew about women was what we read in Demography, what would we know?" *Demography* 30 (4): 551-77, November 1993.

WILMOTH, J.R., BALL, P.B. 1992. "The Population Debate in American Popular Magazines, 1946-1990". *Population and Development Review*, 18: 631-68.

Aula 6 - 30 de outubro

- discussão dos roteiros/guias e estratégias para análise de conteúdo
    - para-casa 5: fazer análise de conteúdo

Aula 7 - 13 de novembro

- discussão da análise de conteúdo
- análise de dados qualitativos sem computador
    - bibliografia: Miles & Huberman,

Aulas 8 e 9 - 20 de novembro e 04 de dezembro

- análise de dados qualitativos com computador
    - bibliografia:

2.9.5. Avaliação da professora

A avaliação consistiu na: (a) presença e participação nas discussões de cada sessão, (b) na realização das atividades extra sala (os "para-casa") e (c) o trabalho final. Para o trabalho final, os/as estudantes utilizaram dados coletados através de pelo menos um dos métodos e escreveram *paper* formato Encontro da ABEP, monografia de conclusão de curso ou projeto de tese de doutorado (vide item 2.9.6 abaixo). Dado que não houve tempo e recursos disponíveis para levar a cabo uma pesquisa qualitativa de maior porte, que complementasse os achados do *survey*, este curso teve um papel fundamental ao permitir

que os alunos pudessem experimentar a pesquisa qualitativa na prática.

2.9.6 Resultados concretos

- Monografia de conclusão de curso da bolsista Marisa Alves Lacerda, "Adolescentes falando 'daquilo': um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim, MG", defendida em março de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que utilizou entrevistas em profundidade com adolescentes.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Maria Ângela de Araújo, "Como subir na vida: um estudo qualitativo da mobilidade social entre brancas e negras em Belo Horizonte", defendida em 14 de março de 2003 sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que incluiu entrevistas em profundidade com mulheres brancas e negras de grupos etários e níveis de escolaridade distintos.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Andréa Branco Simão, "Gravidez e maternidade na adolescência e juventude: evidências de Belo Horizonte e Recife - 2002 e 2003", defendido em 18 de junho de 2003, sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro e co-orientação de André Junqueira Caetano. Para a tese, serão feitos grupos focais com mulheres de 20 a 24 anos e de 50 a 59 anos, onde raça será um dos temas em discussão.
- Projeto de tese de doutorado da bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha, "Casadas, unidas e vulneráveis? Família, relações de gênero e vulnerabilidade feminina a DST/AIDS em Belo Horizonte e Recife", sob orientação de Paula Miranda-Ribeiro, que prevê a realização de entrevistas em profundidade com homens e mulheres.
- Monografia de conclusão de curso da bolsista Beatriz de Castro Filgueiras, "Políticas públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte", a ser defendida em agosto de 2003, sob orientação de André Junqueira Caetano.

2.10. Introdução ao Epi-info – criação de máscara de entrada de dados (mini-curso)

2.10.1. Professor

André Junqueira Caetano

2.10.2. Período

Outubro de 2002

2.10.3. Objetivos

O objetivo do curso foi apresentar o programa aos estudantes e iniciá-los no uso do mesmo, treinando-os para a construção da máscara a ser utilizada para entrada dos dados da pesquisa SRSR.. Para alguns bolsistas este curso se constituiu na primeira oportunidade de trabalhar com um programa computacional especificamente desenhado para a entrada de dados. Além disso, os exercícios práticos realizados durante o curso desenvolveram nos bolsistas uma maior capacidade para analisar as potencialidades e os limites oferecidos pelo programa utilizado. Um aspecto positivo deste trabalho foi a busca de soluções, por parte dos bolsistas, para os problemas encontrados durante o processo de entrada de dados. Como subproduto, os bolsistas adquiriram conhecimento sobre o funcionamento de programas para este fim, de maneira que se capacitaram para este tipo de tarefa, independente do questionário utilizado

2.10.4. Programa

Sessão 1:

a. Histórico do programa
b. Utilidade do programa
c. Disponibilidade do programa.

Sessão 2: Características básicas do programa

a. View
b. Enter
c. Análise

Sessão 3: Visão geral:

a. Explorando o menu principal do Epi Info 2000.
b. Utilizando o MakeView
c. Criando campos

Bibliografia:

Manual do Programa EpiInfo 2000 (www.cdc.gov)

2.10.5. Avaliação

- Exercícios realizados durante as sessões e supervisionados pelo instrutor.

2.10.6 Resultados concretos

- Elaboração de máscara para entrada de dados.

2.11. Curso Introdutório sobre Análise de Dados Quantitativos (mini-curso)

2.11.1. Professora

Taís de Freitas Santos

- Ph.D. em Estatísticas Sociais pela Universidade de Southampton, Inglaterra.
- Mestre em Economia (área de concentração em Demografia Econômica) pelo Cedeplar/UFMG.
- Diretora do Programa "População e Desenvolvimento de Estratégias para o Planejamento". Projeto financiado pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP).
- Diretora do Programa "Sensibilização e Capacitação em Demografia para o Planejamento". Janeiro a abril de 1999. Projeto financiado pelo FNUAP.
- Responsável no Brasil pela pesquisa "Design and Assessment of a Peer-Led Programme for the Promotion of Condom Use among Adolescent Males in Recife", conduzida pela London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Consultora da Diagonal Urbana Consultoria S/C Ltda na elaboração de projeções para a Região Metropolitana do Recife. Projeto financiado pelo Banco Mundial. 1997.
- Consultora da BEMFAM para analizar dados da pesquisa Demographic and Health Survey (DHS-1991) sobre a mortalidade infantil no Nordeste. Projeto financiado pela Macro International Incorporation. 1993/94.
- Consultora do UNICEF no projeto: A Situação da Criança e do Adolescente no Estado de Pernambuco. Projeto financiado pelo UNICEF. 1991.
- Consultora das Nações Unidas nos projetos: Déficits Sociais na Amazônia. Projeto financiado pelas Nações Unidas. 1990.
- Coordenadora da Área de População da Fundação Joaquim Nabuco. 1998-2000
- Diretora do Departamento de Estudos Populacionais, Fundação Joaquim Nabuco, 1991.

2.11.2. Período

Novembro de 2002

2.11.3. Objetivos

O objetivo principal do curso foi apresentar aos bolsistas uma visão geral das etapas envolvidas na geração, processamento, apresentação e análise de dados quantitativos, que constituísse um ponto de partida para a análise dos dados coletados durante o projeto.

Paralelamente, procurou-se sensibilizar o bolsista quanto aos cuidados que se deve ter nas análises, dada a complexidade envolvida no processo de amostragem.

Para o cumprimento dos objetivos, o curso foi formatado tendo uma parte teórica, onde foram introduzidos alguns conceitos básicos utilizados na estatística descritiva e inferencial, conforme programa apresentado abaixo. O segundo módulo do curso consistiu de uma parte aplicada, com treinamento nos softwares SPSS e EPI INFO, que fornecessem aos bolsistas um instrumental para que pudessem efetivar as análises exploratórias requeridas para o relatório final do curso.

O curso foi relevante para o sucesso do Programa SRSR pois, além de contribuir para que os bolsistas melhorassem a compreensão quanto às etapas envolvidas na geração de dados quantitativos, significou um importante subsídio para a definição e implementação dos relatórios finais.

2.11.4. Programa

Sessão 1

a. Visão geral das etapas
b. Processamento de dados

Sessão 2

a. Resumindo dados através de medidas numéricas
b. Conceitos adicionais.

Sessão 3: Explorando dados através de tabelas e métodos gráficos.

Bibliografia:

Apostila elaborada pela instrutora.

2.11.5. Avaliação

A verificação da aprendizagem da parte teórico-conceitual do curso baseou-se nos exercícios abaixo especificados, feitos e corrigidos em sala de aula. O percentual de acerto das questões foi em torno de 90%.

Exercícios

1) Classificar os seguintes dados em: categóricos, contínuos, discretos ou ranked:

Sexo

Distância até a Praça Sete

Conceito escolar (A,B,C)

Número de irmãos

Idade

Cor da pele

2) Considere a seguinte distribuição:

N.o de cigarros/dia	N.o de pessoas
0	30
10	10
20	5
30	3
40	2

Calcular a média, a mediana e a moda

3) As alturas (cm) de uma amostra de cinco pessoas são:

183,163,152,157 e 157. Calcular o desvio padrão. R: 12.2 cm

4) Considerando as seguintes distribuições:

idade	população
0-4	66.082
5-9	64652
10-14	49285
15-19	35866

20-24	37316
25-29	36568
30-34	30830
35-39	25455
40-44	22852
45-49	18053
50-54	17105
55-59	9828
60-64	11236
65-69	4850
70-74	4414
75+	4204
ignorada	176
Total	438775

Calcular a mediana.

A verificação quanto à utilização dos softwares EPI INFO e SPSS foi feita paralelamente ao curso. A cada comando ensinado, um exercício de verificação era aplicado, permitindo a checagem do desenvolvimento da habilidade em operar os comandos dos softwares. O objetivo da parte prática do curso foi capacitar os participantes quanto à utilização do banco de dados da pesquisa. O que se pode constatar é que, dada a heterogeneidade da turma, o aproveitamento foi superior ao esperado. Considera-se que os participantes do curso estão aptos a utilizarem o banco de dados para as investigações que serão apresentadas em seus trabalhos finais.

2.11.6 Resultados concretos

- Trabalhos finais entregues pelos bolsistas, todos eles fazendo uso de análise dos dados SRSR. As bolsistas Elizângela Braga, Maria Ângela de Araújo e Marisa Lacerda tinham o menor nível de conhecimento de manipulação de dados antes do curso e, ainda assim, foram capazes de analisar dados quantitativos.

III) ATIVIDADES DE PESQUISA

2.1. Introducão

A pesquisa probabilística domiciliar constituiu a espinha dorsal das atividades do projeto do Programa SRSR. As atividades de ensino foram desenhadas não somente para instruir os bolsistas nos temas relevantes, mas também para fornecer a base substantiva sobre a qual seria edificado o projeto de pesquisa, visando a produção de dados. Estes, por sua vez, constituem-se na matéria-prima para análises, produção e divulgação de informações. Finalmente, as tarefas implícitas na elaboração, planejamento e realização do levantamento de campo configuraram o componente prático que treinou e capacitou os bolsistas para atuarem em futuras atividades de pesquisa quantitativas, sejam projetos na área deste, sejam projetos com outros perfis.

Denominada *Pesquisa sobre Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife*, ela foi originalmente proposta para as respectivas regiões metropolitanas. Por motivos que se tornaram claros durante o Curso de Amostragem ministrado pelo Professor Pedro Luís Nascimento Silva, principalmente o limite exeqüível, dados os limites cronológicos e de recursos, de 1.200 entrevistas completas a serem obtidas, a realização da pesquisa nas regiões metropolitanas implicaria em uma margem de precisão estatística incompatível com os objetivos de se obter recortes por fatores socioeconômicos e por raça/cor. Desta forma, decidiu-se por limitar a área de pesquisa aos municípios de Belo Horizonte e Recife.

As atividades de pesquisa em Belo Horizonte iniciaram-se após o sorteio do primeiro estágio, isto é, a seleção de setenta setores censitários em cada município, pelo Professor Pedro Luís Nascimento Silva. A partir do momento em que os setores da pesquisa foram definidos, era necessário atualizar o mapeamento destes e localizar os domicílios permanentes. Este procedimento é efetuado através da operação de arrolamento. Com este fim, os bolsistas receberam treinamento específico e foram a campo para identificar e listar os domicílios permanentes dos setores censitários selecionados. Esta atividade é relatada no item 2.2. Completada esta tarefa, selecionou-se, através de sorteio aleatório efetuado pela coordenação do projeto, sob a supervisão do Professor Pedro Luís Nascimento Silva, os domicílios a serem visitados pelas entrevistadoras.

Ao mesmo tempo em que se realizava a operação de arrolamento, iniciamos e demos cabo à elaboração do instrumento de coleta de dados. O questionário utilizado nas entrevistas foi o resultado final desta atividade, apresentada no item 2.3.

Uma vez que os insumos básicos para a realização do trabalho de campo – lista de

domicílios permanentes e instrumento de coleta de dados – estavam disponíveis, iniciaram-se os preparativos para a implementação do trabalho de campo. Com este intuito, realizou-se o treinamento das entrevistadoras, o treinamento das supervisões de campo e de escritório e o teste de campo. Dado o grau de desenvolvimento dos bolsistas, alcançado através das atividades de ensino, arrolamento e elaboração do questionário, eles foram capacitados como supervisores, ficando as entrevistas a cargo de recrutadas especificamente para esta tarefa. Esta atividade é apresentada no item 2.4.

O trabalho de campo ocorreu a seguir e é relatado no item 2.5. Foram visitados um total de 3.850 domicílios particulares permanentes, sendo obtidas 2.408 entrevistas completas nos dois municípios da pesquisa. A partir do questionário, os bolsistas foram treinados para elaborar um livro de códigos e codificar todos os questionários. Isto feito, demos início à operação de entrada dados em meio eletrônico. Para tanto, os bolsistas foram introduzidos e treinados para trabalhar o programa Epi-info 2002. Com isto, eles puderam criar a máscara de entrada de dados específica para o questionário SRSR. Estas atividades são apresentadas no item 2.6.

2.2. Arrolamento dos Domicílios

2.2.1. Período

Belo Horizonte: fevereiro 2002 e março 2002.

2.2.2. Objetivos

Esta operação objetivou criar o cadastro atualizado de todos os domicílios particulares permanentes existentes em cada um dos setores censitários selecionados para a amostra da pesquisa SRSR. Neste sentido, a meta foi cobrir cada setor censitário da amostra, realizando um percurso exaustivo e completo, e relacionando todas as edificações, áreas, domicílios e unidades não domiciliares encontrados no setor durante o percurso. Este cadastro foi utilizado para a seleção dos domicílios particulares permanentes visitados para localização e seleção de mulheres elegíveis para entrevista, permitindo a localização das unidades em uma segunda visita.

O conjunto de setores selecionados foi percorrido pelos bolsistas que registraram todas as unidades (domiciliares ou não) que encontraram no seu percurso. Todo o cuidado foi tomado para que não fossem omitidas ou esquecidas unidades situadas em travessas, becos ou nos fundos de outros domicílios.

Domicílios particulares improvisados (barracas, tendas, habitações sob pontes e viadutos, etc.), domicílios coletivos (hotéis, pensões, hospitais, asilos, etc.) e unidades não domiciliares (comércio, serviços, governo, etc.) também foram registrados a fim de facilitar a posterior localização dos endereços. Estas unidades precisam ser claramente identificados como tal, para que não sejam objeto de inclusão no cadastro de domicílios de onde será efetuada a seleção da amostra. A inclusão destas unidades na listagem, ainda que não pertençam ao âmbito da Pesquisa, objetivou reforçar a atenção do Pesquisador na observação dos domicílios particulares permanentes, para que nenhum fosse omitido. Com isto, criou-se um cadastro de qualidade para a seleção da amostra de domicílios a partir de cada uma das listagens elaboradas por setor.

A idéia de excluir população em domicílios improvisados foi facilitar a operação de coleta sem grande prejuízo da cobertura. Populações em domicílios improvisados são geralmente mais sujeitas a mobilidade, são em pequena quantidade e são mais difíceis de pesquisar, em geral. A delimitação do que é um domicílio improvisado e do que é população de rua (sem domicílio identificado) é mais difícil, e muitas vezes, nestes domicílios não há condições adequadas para realização das entrevistas.

2.2.3. Material

2.2.3.1. Instruções de treinamento para o arrolamento

Ver Anexo I - Item 1

2.2.3.2. Folha de registro da operação de listagem

Ver Anexo I - Item 2

2.2.4. Descrição das atividades

De posse dos setores censitários selecionados para a amostra e dos respectivos mapas, produzidos pelo IBGE para a realização do Censo Demográfico 2000, os bolsistas efetuaram a conferência e, em folhas-cartograma com regiões de cada município, a localização dos mesmos.

Esta tarefa consistiu em identificar a folha-cartograma referente ao setor censitário sorteado em questão. Uma vez localizado a folha referente ao setor, imprimiram os dois arquivos (mapas dos setores censitários e folhas-cartograma), delinearam o setor na folha-cartograma e marcaram o

início/fim do setor, informação presente nos arquivos do IBGE e imprescindível para o percurso de setor na operação de arrolamento. Ao final, os bolsistas obtiveram uma planilha relacionando cada setor censitário selecionado para a amostra e a folha-cartograma respectiva.

O produto final desta tarefa foram setenta mapas de setores censitários grampeados com a respectiva folha-cartograma, ou seja, setenta pares de mapas setor-folha; e uma planilha também pareando setor com folha. Com estas informações, a localização de cada setor censitário da amostra no município foi identificada e pode-se planejar a divisão dos bolsistas em equipes e a alocação de um grupo de setores para cada equipe a fim de minimizar os deslocamentos e o tempo gasto durante o arrolamento per se. Além disso, localizou-se, em cada setor censitário, o início do percurso, de forma que se pudesse seguir os procedimentos corretamente.

A etapa seguinte consistiu capacitar os bolsistas para efetuarem o arrolamento em campo. Para alcançar esta meta foram adotados os procedimentos empregados pelo IBGE na realização de Censos e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD). O Professor Pedro Luís Nascimento Silva forneceu as *Instruções para o Treinamento de Arrolamento* (Ver Anexo I - Item 1), que foi efetuado pela coordenação do programa. Além disso, os bolsistas foram treinados para preencherem corretamente os dados compilados durante o arrolamento, utilizando a *Folha de Registro da Operação de Listagem* (Ver Anexo I - Item 2).

Munidos das referidas folhas de registro, crachás e cartas de apresentação, os bolsistas foram divididos em equipes e alocados para áreas da município o mais próximas possível de suas residências. Os setores censitários da amostra localizados na região Norte de Belo Horizonte ficou a cargo de Andréa Branco Simão, Simone Maria dos Santos e Lizandro Nei Gualberto; as regiões Leste, Nordeste, Sul, Centro-Sul e Noroeste foi arrolada por Elizângela Maria Braga e Leonardo Turchi Pacheco; parte da região Noroeste ficou por conta de Cláudio Santiago Dias Júnior; e, por fim, as bolsistas Marisa Alves Lacerda e Yone Maria Gonzaga encarregaram-se das regiões Oeste, Sudoeste e parte da região Noroeste. Contamos ainda com a participação de duas recrutadas, Nancy Pappini e Maria Cristina Barth, para auxiliarem no arrolamento dos setores censitários localizados na região Centro-Sul.

De posse das informações completas dos setores arrolados, os bolsistas entraram com estes dados em planilhas Excel. Cada equipe foi responsável pela digitação dos setores sob sua responsabilidade. As planilhas listam, em cada setor, edificação por edificação e identificam os domicílios particulares permanentes, fornecendo os respectivos endereços. Elas representam o produto final da operação de arrolamento. Foi a partir destes dados que se efetuou a seleção aleatória dos domicílios a serem visitados pelas entrevistadoras.

Utilizando o programa SAS elaborado pelo Professor Pedro Luís Nascimento Silva, e sob sua orientação, a coordenação do projeto SRSR efetuou ao sorteio dos domicílios a serem abertos pelas entrevistadoras. Obteve-se, assim, a listagem dos domicílios selecionados dentro dos setores censitários da amostra, com os seus respectivos endereços. Esta listagem foi utilizada no trabalho de campo para a identificação dos domicílios a serem abertos pelas entrevistadoras.

2.2.5. Participação dos bolsistas

- *Andréa Branco Simão*

Nesta etapa, a bolsista foi responsável pela orientação das duplas e trios que participaram no processo de arrolamento, informando a localidade sob encargo de cada equipe e providenciando os recursos materiais necessários para o desenvolvimento da atividade, tais como folhas de registro da operação de listagem dos domicílios, passagens de ônibus, lanches, xerox de mapas, etc. Contatos com líderes comunitários que pudessem acompanhar as equipes durante o processo de arrolamento em áreas consideradas de maior risco também ficaram sob a responsabilidade desta bolsista. Nesta etapa do trabalho, o papel de Andréa foi crucial para que o grau de segurança ou risco de cada área incluída na amostra pudesse ser identificado e o ritmo de trabalho, as habilidades e dificuldades de cada integrante do projeto fossem conhecidas pela bolsista, a qual foi designada para desempenhar o papel de gerente operacional do projeto. A experiência do arrolamento proporcionou à Andréa uma visão bastante clara e objetiva da importância da localização e registro exato de cada domicílio localizado no setor sorteado. A bolsista foi perspicaz no sentido de perceber que a qualidade do trabalho de arrolamento apresenta conseqüências bastante expressivas para o andamento das etapas posteriores da pesquisa. Seu trabalho foi fundamental para o bom entrosamento entre equipe de campo e de escritório e, conseqüentemente, para que as dificuldades inerentes desta fase fossem superadas com maior facilidade.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

O bolsista em questão participou do arrolamento em 8 setores censitários do município de Belo Horizonte. A atuação efetiva do aluno nesta etapa da pesquisa permitiu que o mesmo obtivesse, além de um contato maior com o campo, o conhecimento de como se prepara a seleção da amostra.

- *Elizângela Aparecida Braga*

A aluna em questão teve a oportunidade de participar do processo de arrolamento em ambos os municípios pesquisados. Em Belo Horizonte a bolsista desenvolveu o trabalho de arrolamento em equipe e, por apresentar bastante familiaridade com as diversas localidades do município, realizou o trabalho com bastante agilidade. Dada a experiência adquirida no processo de arrolamento no município de Belo Horizonte, a bolsista foi uma das integrantes da equipe designada para atuar na etapa da pesquisa desenvolvida no município de Recife.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

Em conjunto com outros integrantes do projeto, o bolsista atuou no arrolamento de diversos setores do município de Belo Horizonte. O aluno foi um dos responsáveis pelo arrolamento de setores denominados como subnormais pelo IBGE, ou seja, áreas de favelas. Nestes setores o risco para o pesquisador é bem mais elevado do que em outras áreas e o trabalho de Leonardo foi de fundamental importância para que os domicílios localizados nestas áreas fossem corretamente arrolados.

- *Lizandro Nei Gualberto*

Assim como os demais bolsistas do projeto, o aluno Lizandro Gualberto participou do treinamento para a realização do arrolamento de domicílios. Formando um trio com Simone Santos e Andréa Simão, o bolsista foi responsável pelo arrolamento dos domicílios de todos os setores correspondentes à região de Venda Nova (zona norte do município de Belo Horizonte).

- *Luciana Crivellari Dulci*

A bolsista foi uma das responsáveis pelo arrolamento dos domicílios situados na região Sul do município de Belo Horizonte. Em conjunto com outras integrantes do projeto, a bolsista atuou de forma bastante efetiva para conseguir listar os domicílios da região, a qual, por ser basicamente constituída por prédios com portarias fechadas, foi uma área que apresentou um elevado grau de dificuldade para listagem de residências.

- *Maria Ângela de Araújo*

A bolsista não atuou nesta etapa do projeto, dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Marisa Alves Lacerda*

Assim como Elizângela Braga, Marisa Alves Lacerda foi uma das bolsistas que participou

no arrolamento dos setores censitários sorteados tanto em Belo Horizonte quanto em Recife. A bolsista também atuou na digitação dos endereços anotados durante o arrolamento, para posterior sorteio dos domicílios da amostra. Como os demais integrantes do projeto, antes dessa fase do trabalho Marisa Lacerda teve a oportunidade de participar do curso básico de amostragem, ministrado pelo professor Pedro Luís do Nascimento Silva, onde recebeu informações e orientações sobre todo o processo de elaboração, execução e conclusão de uma pesquisa. O curso forneceu à bolsista um panorama geral, de maneira clara e objetiva, de todo o trabalho que deveria ser empreendido pelos bolsistas durante o trabalho de campo.

- *Nathália C. de Andrade*

Nesta etapa da pesquisa, a referida bolsista desenvolveu o trabalho de suporte para os bolsistas em campo. Coube a Nathália Andrade auxiliar a equipe a preparar o material necessário para o arrolamento de domicílios, tais como as folhas de listagem e crachás de identificação para os bolsistas arroladores.

- *Simone Maria dos Santos*

A bolsista participou da pesquisa desde o início. Ela trabalhou, juntamente com Lizandro N. Gualberto e Andréa Simão, no arrolamento dos domicílios situados na região norte de Belo Horizonte. Nesta fase, a bolsista teve a oportunidade de compreender quão importantes são as orientações fornecidas pelos coordenadores da pesquisa para o desenvolvimento de um bom trabalho de arrolamento. Também nesta etapa, ficou claro para a bolsista que os passos estabelecidos durante o treinamento devem ser seguidos rigorosamente durante o trabalho, pois desta forma o resultado será padronizado e evitará uma série de dificuldades posteriores.

- *Yone Maria Gonzaga*

Em conjunto com Marisa Alves Lacerda, Yone Gonzaga participou do arrolamento na região Oeste do município de Belo Horizonte. As dificuldades de listar domicílios nesta região, dada as distâncias que tinham que ser percorridas para chegar de um domicílio ao outro, foram vencidas pela equipe e, particularmente por Yone, que atuou como incentivadora dos demais arroladores de seu grupo de trabalho.

2.2.6. Avaliação

A tarefa de listagem dos domicílios permanentes, nos setores censitários selecionados no processo de amostragem, constitui-se em uma atividade prática que complementou o curso de

amostragem. Os bolsistas realizaram a identificação, localização e listagem das unidades amostrais, tendo sido instruídos para procederem tal como nos censos demográficos. Executaram, portanto, o processo de amostragem em estágios, conforme o treinamento recebido no curso de amostragem, e construíram o cadastro de domicílios, requisito para o sorteio do estágio seguinte.

Através do arrolamento, os bolsistas estabeleceram o seu primeiro contato com a realidade local, a ser deparada no levantamento, identificaram áreas que apresentavam maior risco para a aplicação dos questionários, vivenciaram as necessidades logísticas, em termos de transporte, para se locomoverem de um setor ao outro e mapearam o trajeto ideal. A coordenação do projeto, por sua vez, manteve contato constante com o estatístico responsável pela amostra, testanto, desta maneira, o processo interativo de assessoria que seria empregado durante o restante da operação de campo.

A partir desta atividade foi possível identificar pontos fortes e dificuldades de cada um. Alguns bolsistas demonstraram alta capacidade para lidar com situações inesperadas, estabelecer relações cordiais e cooperativas com estranhos e solucionar problemas práticos relativos a locomoção, inserção em áreas de risco e aderência ao cronograma estabelecido. Neste aspecto, a coordenação do projeto teve oportunidade, durante esta atividade, de identificar pontos fortes e limitações de cada participante, no que diz respeito à desenvoltura em campo. Assim, pudemos definir funções e organizar a estrutura operacional da operação de campo de forma a utilizar melhor as capacidades de cada bolsista, tornando mais eficiente o trabalho de equipe e minimizando dificuldades e conflitos.

Em termos gerais, esta atividade permitiu a construção do cadastro de domicílios que entraram no segundo estágio de amostragem e treinou os bolsistas no planejamento e execução desta etapa de pesquisas amostrais. Mas, mais do que isto, esta atividade foi instrumental para a formação deles para o trabalho de campo, como supervisores e entrevistadores.

2.3. Desenvolvimento do Instrumento de Coleta de Dados

2.3.1. Período

Dezembro de 2001 a fevereiro de 2002.

2.3.2. Objetivos

O objetivo deste módulo foi a elaboração do questionário SRSR a ser utilizado na pesquisa

de campo de forma a se obter os dados considerados necessários para se efetuar o levantamento da realidade das mulheres pesquisadas com relação a saúde reprodutiva e diferenciais por raça/cor e introduzir, familiarizar, capacitar e treinar os bolsistas na construção de instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas. Destarte, este módulo incluiu todo o processo de elaboração de um questionário, iniciando-se com seções expositivas sobre as etapas a serem cumpridas na elaboração de um questionário, passando por rodadas de pré-teste com vistas a identificar problemas e aprimorar o instrumento, até a obtenção do instrumento final.

2.3.3. Material

Sudman, Seymour e Norman Bradburn. 1991. Asking Questions: a practical guide to questionnaire design. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

QUESTIONÁRIOS DE REFERÊNCIA

- Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), Brasil, 1996 – BEMFAM/ Ministério da Saúde/Macro International.
- Encuesta Nacional de Demografia y Salud, Bolívia, 1998 – Instituto Nacional de Estadistica/Macro International.
- 1999 Ukraine Reproductive Health Survey – Macro International.
- Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Mulher, versão preliminar, Brasil, 2001 – BEMFAM.
- Estudo Multicêntrico sobre Saúde Reprodutiva no Brasil, 1998/1999 – Cedeplar/UFMG, GED/Universidade Federal do Rio Grande do Norte, NUPACS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Population Research Center/University of Texas at Austin.
- Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Experiência de Vida, 2000 – estudo conduzido pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e coordenado em Pernambuco pela organização não-governamental SOS Corpo, Gênero e Cidadania.
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Brasil, 1998 – IBGE.
- Pesquisa de Avaliação de Efetividade das Ações de Prevenção dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras – estudo conduzido pelo NESP/Universidade de Brasília e coordenado, em Belo Horizonte, pela organização não-governamental MUSA.
- Pesquisas dos Usos do Tempo, Belo Horizonte, 2001 – Departamento de Sociologia e Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

- Montes Claros' Attitudinal Survey, 1996 – Cedeplar/UFMG, Population Research Center/University of Texas at Austin, NEPO/Unicamp, Cebrap, ECA/USP e Santa Clara University.
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Brasil, 1976 – IBGE.
- Datafolha, "300 anos de Zumbi: os brasileiros e o preconceito de cor".
- Belo Horizonte Area Survey.

2.3.4. Descrição das atividades

2.3.4.1. Elaboração do questionário

A atividade de elaboração do questionário iniciou-se com o processo de decisão sobre as informações a serem captadas pela pesquisa de campo. Esta discussão teve suporte nos cursos teóricos Tópicos em Reprodução Humana e Saúde Reprodutiva (Item II, sub-item 2.2), Saúde Reprodutiva e Práticas Políticas (Item II, sub-item 2.7)), População e Saúde Reprodutiva (Item II, sub-item 2.3), Demografia da Raça I e II (Item II, sub-itens 2.4 e 2.5), nas questões atualmente relevantes nos domínios da saúde reprodutiva e raça/cor, tal como discutido nos itens 1.2 e 2.1, e o objetivo principal do projeto SRSR no que diz respeito à produção de dados, qual seja, o levantamento de informações estatisticamente representativas de forma a viabilizar o levantamento da realidade das mulheres de Belo Horizonte e Recife com relação a saúde reprodutiva, diferenças por raça/cor e análises por determinantes sócio-demográficos.

Como já mencionado, a meta foi levantar a realidade sobre a saúde feminina nos dois municípios da pesquisa de forma a se poder diagnosticar o quadro geral, detectar e analisar conhecimento, acesso, utilização e avaliação dos serviços ligados à saúde da mulher, demandas não atendidas e diferenças entre sub-populações. Portanto, definiu-se que o questionário deveria ser capaz de caracterizar a população entrevistada e obter informações sobre fecundidade, planejamento da fecundidade, atendimento pré-natal, parto e pós-parto, contracepção, atendimento ginecológico, história de uniões, atividade sexual, DST/Aids e tipo cobertura de atendimento médico.

Com relação à caracterização da população amostrada, um dos objetivos era obter dados de boa qualidade sobre a percepção de raça/cor. Atividades específicas para a definição dos quesitos sobre raça/cor foram realizadas no transcorrer do curso Demografia da Raça II, durante os pré-testes (vide item 2). Além da pergunta tradicional utilizada pelo IBGE nas suas pesquisas, foi elaborado um bloco específico sobre o tema, que incluiu 18 quesitos. O objetivo foi testar novas

formas de coleta de informação sobre raça/cor.

Como discutido na Seção 1.4, utilizamos, como referência, uma série de questionários desenvolvidos e aplicados em pesquisas de perfil similar a esta (Ver Item 2.3 - Sub-item 2.3.3). Dentre eles, os principais modelos foram os instrumentos da PNDS 1996 e da PNAD 1998. Entretanto, tendo em mente os objetivos específicos da pesquisa SRSR, elaboramos quesitos e seções próprias do questionário SRSR para pesquisar, com maiores em detalhes, atendimento pré-natal, parto, pós-parto, ginecológico e tipos de serviço onde foram feitos, custeio e avaliação dos mesmos, conhecimento e utilização da rede pública de saúde para obtenção de métodos contraceptivos, esterilização, aborto e tratamento para aids, utilização de planos de saúde vis-à-vis uso de serviços públicos, esterilização, aborto e menopausa.

Uma vez definidos os tópicos que comporiam a estrutura básica do questionário SRSR, foi efetuado um levantamento de instrumentos empregados em pesquisas, já realizadas, com objetivos similares (Ver Item 2.3). Estes questionários foram estudados pelos bolsistas e pela coordenação do projeto a fim de avaliarmos a utilização de quesitos já testados. Esta atividade consistiu em analisar cada bloco de cada questionário de referência correspondente ao respectivo bloco do questionário SRSR, identificar quesitos que poderiam vir a ser utilizados ou adaptados, definir o objetivo do quesito e propor as adaptações necessárias – no que diz respeito à informação a ser coletada, fraseamento e opções de resposta – para a utilização no questionário SRSR. Além disso, os bolsistas também se incumbiram de sugerir novos quesitos.

De posse deste produto, trabalhamos o ordenamento das seções do questionário e dos respectivos quesitos, em cada seção. Esta atividade foi estratégica, pois a seqüência de seções e perguntas define a funcionalidade e eficácia do instrumento. Assim, os bolsistas foram instruídos sobre formas de ordenação de seções e perguntas, de maneira que a sucessão destas não provocasse redundâncias no inquérito ou constrangimentos e atitudes de defesa por parte das entrevistadas, cujo resultado pode ser o eventual falseamento da(s) resposta(s), recusa em cooperar ou até mesmo o interrompimento definitivo da entrevista.

Ademais, do ordenamento de seções e quesitos depende a definição de filtros, ou pulos, entre seções e questões, isto é, o fluxo do instrumento. Uma estrutura seqüencial mal-elaborada pode ter impactos mais à frente, na formação do banco de dados e, logo, na análise das informações. Neste sentido, os próprios bolsistas montaram a estrutura inicial do questionário, apresentada a seguir:

A) Caracterização do Domicílio e das Entrevistadas

Informações quanto à relação de parentesco com o chefe da casa, sexo, idade, escolaridade, número de pessoas no domicílio, acesso à eletricidade e ao abastecimento de água, instalações sanitárias, sistema de esgoto, características estruturais da moradia e bens de consumo duráveis, incluindo-se aí o acesso aos meios de comunicação de massa (por serem estes meios não só de informação em geral, mas também de se atingir a população com mensagens sobre sexualidade e saúde reprodutiva) objetivam permitir avaliar as condições sócio-econômicas da população-alvo, bem como a influência dessas condições sobre os demais tópicos da pesquisa, permitindo ainda a contextualização dos dados apresentados nestes tópicos. Outra finalidade é fornecer subsídios para dividirmos os demais tópicos em subgrupos por idade, sexo, renda, escolaridade e raça, verificando se há diferenças significativas e se os demais tópicos sofrem influência dessas variáveis.

Os quesitos sobre migração têm o objetivo de avaliar em que medida Belo Horizonte e Recife tem migração feminina e até que ponto essa migração pode influenciar na demanda e no acesso a determinados serviços de saúde e no bem-estar das mulheres.

B) Estado Civil e História Matrimonial; Características do Companheiro

Neste tópico, temos que identificar o estado civil da respondente (que poderá ser feito na área referente à caracterização sócio-econômica) e sua trajetória matrimonial.

C) Fisiologia Reprodutiva

Este tópico tem o objetivo de conhecer a fisiologia específica da mulher entrevistada, já que sabendo a menarca, seu ciclo menstrual e seus conhecimentos sobre períodos férteis, por exemplo, podemos obter indícios de seu comportamento sexual e reprodutivo, como também utilizar esses dados para o cruzamento de informações com outras questões de saúde reprodutiva.

D) Fecundidade

O principal objetivo é verificar até que ponto diferenças no local de residência, escolaridade, renda, raça e acesso à informação afetam os níveis de fecundidade e a idade para se ter o primeiro filho. Este tópico é importante ainda por ter ligação direta com temas como conhecimento, acesso e uso de contraceptivos, e conseqüentemente, planejamento da fecundidade.

E) Aborto

Os objetivos seriam verificar se a dificuldade de acesso aos serviços de abortamento legal

tem contribuído para o aumento do número de abortos, assim como também se o desconhecimento das políticas públicas no campo do planejamento familiar tem contribuído para o aumento do número de abortos e conhecer as razões que levam as mulheres a recorrer ao abortamento.

F) Conhecimento e Acesso a Contraceptivos

O objetivo de se avaliar o conhecimento de contraceptivos é possibilitar a verificação do nível de conhecimento dos entrevistados sobre contracepção, possibilitando a identificação das principais pré-condições necessárias para o uso de contraceptivos, como por exemplo o conhecimento dos métodos e das fontes de obtenção. Outro objetivo é identificar se há diferenças significativas entre os subgrupos da população (tais informações, ao apontarem os subgrupos mais vulneráveis, podem ser de grande utilidade na formulação de políticas voltadas para a melhoria dos serviços prestados).

O objetivo de se avaliar o acesso é verificar quais os fatores (sócioeconômicos, idade, número de filhos, escolaridade, local de residência) que podem afetar positiva ou negativamente no aceso a contraceptivos, nos diferentes subgrupos da população, identificando ainda quais os subgrupos mais vulneráveis. Questões quanto às fontes de obtenção dos métodos podem ser utilizadas como elemento na avaliação do papel que os setores públicos e privados vem desempenhando no aumento do uso de práticas contraceptivas.

G) Uso de Contraceptivos

Conhecer o uso e as formas de uso (ou não) de contraceptivos é de grande interesse para a pesquisa, já que tem influência direta sobre o número de gravidezes indesejadas e planejamento familiar. Além disso, muitas vezes as usuárias de contraceptivos adotam métodos pouco eficientes ou recorrem a métodos definitivos por falta de alternativas e dificuldade de acesso ou atendimento insuficiente. Ainda são altos os índices de mulheres ou casais que não usam nenhum método contraceptivo, embora não queiram mais filhos, ou desejem espaçar os nascimentos. Consequentemente, muitas mulheres acabam por recorrer ao uso de contraceptivos sem qualquer orientação médica, ou ainda, resolvem ter mais um filho para que a esterilização seja feita durante uma cesariana.

H) Planejamento da Fecundidade

O planejamento da fecundidade (ou familiar) é fundamental para todas as famílias, e consequentemente para as mulheres, pois quando não há planejamento, seja por ausência de

condições financeiras, seja por desinteresse do casal, o ônus maior acaba sendo para as mulheres, que podem passar toda a sua vida reprodutiva gerando filhos. As conseqüências, entretanto, afetam toda a família e impedem a mulher de ter uma vida pública como a que tem o homem, com direito ao prazer e à participação social plena.

I) Noções e Práticas de "Sexo Seguro"

Neste tópico, o objetivo é perceber o conhecimento e uso de técnicas que garantam o sexo seguro, ou seja, sem risco no que se refere às DST e AIDS, bem como o risco de uma gravidez indesejada.

J) DST/Aids (Conhecimento, Prevalência, Acesso a Tratamento, Conhecimento da Política de Aids do Ministério da Saúde, e Auto-Percepção de Risco)

Neste tópico, o objetivo é identificar o conhecimento das pessoas a respeito do que seja a DST/AIDS, o conhecimento das políticas públicas desenvolvidas pelo ministério da saúde e a avaliação do próprio risco em contrair alguma doença infecto-contagiosa.

K) Atendimento Ginecológico/Serviços de Prevenção – Câncer Cervical e de Mama (Conhecimento, Acesso, Regularidade, Qualidade).

Os objetivos desta parte seriam verificar a existência, o acesso, a regularidade e a qualidade dos serviços de atenção à saúde oferecidos à mulher em idade reprodutiva, verificar como as pessoas avaliam a qualidade dos serviços de saúde a que têm direito, verificar se há relação entre os serviços de saúde oferecidos às mulheres em idade reprodutiva e os pressupostos de cidadania, e também verificar se os dados relativos à freqüência ou não aos serviços de saúde, se transformam em políticas públicas.

L) Gravidez

Os objetivos desta parte se encontram com muitas questões referentes ao parto, atendimento pré-natal e aborto, que são conseqüências da gravidez, que pode ser gerada com muita felicidade ou não, pode ser desejada e até buscada por técnicas de fertilização, ou pode mesmo ser um desastre para a família, quando vem em momento inoportuno.

M) Atendimento Pré-Natal, Parto e Pós-parto

Os objetivos seriam: saber como o discurso médico está ajudando a definir o tipo de parto a que as mulheres estão sendo submetidas, saber até que ponto o tipo de parto é uma decisão da

mulher e conhecer os motivos pelos quais, apesar das inúmeras campanhas do Ministério da Saúde sobre parto normal, ainda é grande o número de mulheres que recorre à cesárea.

N) Climatério, Menopausa, Acesso e Qualidade dos Serviços (Sugestão)

O objetivo desta parte seria conhecer um pouco mais sobre outras questões de saúde reprodutiva. Tanto na vida das mulheres (e também na dos homens), quanto em pesquisas da área, o climatério e/ou menopausa, ficam em segundo plano, apesar de ser uma fase importante da vida reprodutiva e que requer cuidados específicos como todas as outras. A contra-partida da pesquisa para a população, nesta parte, poderia ser a divulgação de informações sobre atendimento e cuidados com a saúde na menopausa, pois em certos nichos sociais, esta fase chega a ser desconhecida ou menosprezada, tratada como frescura etc.

O) Vida Sexual (Iniciação, Freqüência, Número de Parceiros Diferentes, Práticas Homo/Hetero)

Neste tópico, o objetivo é perceber o comportamento sexual dos entrevistados, detectando atitudes de risco que poderiam colocar em risco a saúde do respondente.

P) Leis, Direitos e Serviços Públicos: Contracepção, Esterilização, Aborto, Pré-Natal, Parto e Puerpério

Objetivo: Apontar a necessidade de os estudos relativos à saúde reprodutiva da mulher tornarem-se objetos de estudo de todas as áreas de conhecimento.

Sugestões:

- É possível uma mulher fazer aborto e obter atendimento em serviço de saúde?
- É possível uma mulher fazer aborto em hospitais credenciados?
- O aborto pode ser considerado uma forma de se evitar a gravidez.

Q) Papéis de Gênero e Relações de Poder Intra-Familiar (ou Domiciliar)

O objetivo deste tópico é perceber como a sociedade está estruturada a partir dos papéis sociais; o papel do homem e da mulher no seio da família e como o poder é distribuído entre os gêneros. Questões que avaliam os papéis de gênero permeiam todo o questionário, mas algumas questões do "Estudo Multi-Países sobre Saúde da Mulher e Experiência de Vida", 2000, podem ser eventualmente utilizadas.

De posse desta estrutura preliminar, realizamos, a seguir, uma série de sessões, com a participação de toda a equipe, para elaborar o questionário SRSR, de acordo com os nossos objetivos gerais e específicos. A partir desta atividade, a inclusão ou não, bem como a seqüência,

de seções e quesitos foi revista e retrabalhada, as questões oriundas de outros questionários tomaram sua forma final, no que diz respeito ao fraseamento e pré-codificação das questões fechadas, e foram introduzidos novos quesitos. Pudemos, com isto, proceder à formatação final do questionário, que está estruturado da seguinte forma:

1. Identificação do questionário;
2. Caracterização do domicílio – Seção 0 do questionário –
    a. composição domiciliar;
    b. condições do domicílio;
    c. posses e amenidades do domicílio;
    d. educação dos membros do domicílio;
3. Caracterização da entrevistada (idade, estado civil, migração, educação, religiosidade, envolvimento em organizações sociais, ocupação, renda, características do marido/companheiro) – Seções 1 e 14 do questionário;
4. Percepção e identificação de raça/cor – Seção 1 do questionário;
5. Utilização de plano de saúde – Seção 1 do questionário;
6. Fecundidade e planejamento da fecundidade: filhos nascidos vivos, filhos vivos, gravidez, número ideal de filhos, história de gravidezes – Seções 3, 4 e 13 do questionário;
7. Pré-natal, parto e pós-parto: atendimento, condições do atendimento, tipo de serviços, pagamento e avaliação do atendimento nos cinco anos anteriores à entrevista – Seções 6, 7 e 8 do questionário;
8. Aborto – Seções 3, 4 e 9 do questionário;
9. Contracepção: conhecimento e uso de métodos, determinantes da escolha, locais de obtenção, descontinuidade de uso, necessidade satisfeita e insatisfeita de métodos, intenção de uso futuro, conhecimento, acesso e avaliação de serviços de planejamento familiar – Seções 9 e 13 do questionário;
10. Conhecimento e utilização de serviços públicos de planejamento familiar, esterilização e aborto – Seção 9 do questionário;
11. Conhecimento do ciclo menstrual – Seção 9 do questionário;
12. Conhecimento, acesso e uso de serviços de ginecologia e exames de prevenção periódicos (câncer cervical e de mama), tipo e avaliação do serviço – Seção 10 do questionário;
13. Menopausa – Seção 10 do questionário;
14. História marital e atividade sexual: estado conjugal, história de uniões, primeira relação

sexual, frequência de relações sexuais, número de parceiros no último ano e relação com cada um deles, controle sobre a prática sexual – Seção 11 do questionário;

15. DST/Aids: conhecimento, afecções e sintomas experimentados no último ano, percepção de risco de contração do HIV, conhecimento e prática de sexo seguro – Seção 12 do questionário.

Os testes iniciais para o aprimoramento do questionário foram efetuados através de sessões de entrevistas realizadas entre os bolsistas, divididos em grupos de três. A tarefa consistiu em realizar três rodadas de entrevistas entre eles, nas quais uma desempenhava o papel de entrevistador, outra, o papel de entrevistada, e uma terceira atuava como observadora. A esta última cabia anotar e redigir um relatório pormenorizado sobre as dificuldades e problemas encontrados durante a tarefa. Após cada rodada, estes relatórios eram discutidos com a coordenação e efetuavam-se as modificações necessárias no instrumento. Este novo questionário era então utilizado na rodada seguinte. Esta atividade conclui-se com a obtenção do questionário usado na atividade de pré-testes de campo.

2.3.4.2. Pré-testagem e aprimoramento do questionário

Concluída a fase de elaboração do questionário, procedeu-se ao processo de pré-testagem do instrumento. O pré-teste do questionário constitui-se em uma atividade fundamental para verificar a real funcionalidade e determinar grau de eficiência na função de coletar os dados almejados. A partir desta atividade, os pontos ainda problemáticos do questionário foram detectados e discutidos pela equipe SRSR, de forma a direcionar as modificações necessárias para o aprimoramento do instrumento.

Este módulo foi instrumental ainda em dois outros sentidos. Por um lado, a partir dos pré-testes, elaborou-se o corpo preliminar de instruções para a aplicação apropriada de cada pergunta, utilizado posteriormente no treinamento das entrevistadoras. Isto por que as questões cujas formulações e cujos registros de respostas estavam de alguma maneira imprecisas ou inespecíficas – quanto à fidedignidade da informação a ser coletada, ao fraseamento da pergunta, às opções de resposta previamente codificadas e/ou ao funcionamento das questões com instruções de filtragem – foram especificamente trabalhadas de forma a torná-las mais claras no questionário e de forma que pudéssemos elaborar instruções que permitissem o entendimento pleno para a sua correta aplicação. Por outro lado, os pré-testes permitiram que dimensionássemos os tempos mínimo e máximo gastos nas entrevistas e, logo, redimensionássemos o questionário para um tamanho

compatível com a sua aplicação com uma duração média de uma hora.

A atividade realizada pelos bolsistas consistiu em três rodadas de entrevistas. Na primeira rodada, o questionário foi utilizado com parentes, amigas ou colegas. Nas segunda e terceira rodadas, o questionário foi aplicado a um pequeno número de entrevistadas de variadas idades, raça/cor e classe social, de maneira a se obter uma diversidade similar à da amostra.

A cada rodada, procedemos da forma seguida na fase de elaboração do questionário. As bolsistas-entrevistadoras retornavam com os questionários utilizados nas entrevistas de pré-teste, nos quais haviam anotado os problemas encontrados. Estas informações eram discutidas e avaliadas em conjunto com a coordenação do projeto, a fim de acordamos as modificações que se mostrassem necessárias. Uma vez que tais modificações fossem introduzidas no instrumento, as bolsistas-entrevistadoras efetuavam a rodada seguinte.

Empreendeu-se, assim, um processo iterativo no qual o ordenamento, o fraseamento e a pré-codificação de opções de respostas de todos quesitos foram continuamente testados e aprimorados, as questões com instruções de filtragem também o foram, da mesma forma, e, finalmente, o ordenamento das seções foi redefinido. Ao fim, trabalhamos dezesseis versões do instrumento, sendo a décima-sexta a utilizada em campo. Em síntese, este módulo culminou com a obtenção do questionário em seu formato final (Ver Anexo II - Item 2). Os questionários utilizados em campo foram impressos na gráfica da UFMG.

2.3.5. Participação dos bolsistas

2.3.5.1. <u>Elaboração do questionário</u>

- *Andréa Branco Simão*

Para o desenvolvimento desta etapa do projeto, a bolsista Andréa Simão, assim como os demais integrantes da equipe da pesquisa, participou dos cursos Demografia da Raça I e Demografia da Raça II, ministrados pela professora Paula de Miranda-Ribeiro, e de reuniões com coordenadores e demais bolsistas do projeto para leitura de textos e análise de questionários utilizados em outras pesquisas que pudessem auxiliar na elaboração do questionário a ser utilizado na pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor. Também com o intuito de ampliar o conhecimento acerca de questões relacionadas a pesquisas de campo, particularmente aquelas ligadas com saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor, a bolsista participou dos cursos que foram ministrados por profissionais da área da saúde e da estatística. Como gerente operacional do projeto, Andréa Simão também realizou

atividades que viabilizaram a confecção do questionário. Dentre estas atividades, vale mencionar o auxílio que a bolsista prestou aos coordenadores do projeto para a realização de cursos que subsidiaram a elaboração das questões a serem introduzidas no questionário, a ajuda na formatação do questionário, na verificação do ordenamento e exatidão das questões, o contato com gráficas para levantamento de custos, verificação de provas e pagamento de serviços relacionados à impressão dos questionários. Também ficou sob a responsabilidade desta bolsista o envio dos questionários para a Organização não Governamental SOS Corpo, a qual coordenou a pesquisa no município de Recife. Durante a fase de elaboração do questionário a bolsista apresentou uma reflexão bastante crítica sobre os objetivos da pesquisa e os tipos de questões que atenderiam os objetivos propostos na mesma. Também nesta fase ficou muito evidente a necessidade do envolvimento de Andréa Simão em todas as etapas da pesquisa, pois, para desenvolver a contento o papel de gerente operacional do projeto a mesma deveria ser vista como um membro da equipe, atuante e conhecedora das situações vivenciadas pelos integrantes do projeto no cotidiano da pesquisa.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

A bolsista não participou desta etapa do projeto, dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

Em conjunto com a equipe do projeto, o bolsista participou do exercício metodológico de analisar questionários de pesquisas já desenvolvidas na área e de fazer leituras que ampliassem o conhecimento teórico sobre o assunto em questão. A elaboração do questionário permitiu que o bolsista fizesse reflexões mais profundas sobre a montagem deste tipo de instrumento de pesquisa, levando em consideração não só os aspectos substantivos da pesquisa, mas também sobre o público alvo para o qual a mesma seria destinada.

- *Elizângela Aparecida Braga*

Assim como para os demais integrantes da equipe de pesquisa, Elizângela participou da elaboração do questionário desenvolvendo, primeiramente, uma revisão de pesquisas já desenvolvidas e relacionadas ao tema proposto, observando pontos positivos e negativos de cada uma das pesquisas analisadas. A bolsista também propôs formas alternativas de abordar e formular diversas questões. Nessa etapa, a bolsista observou a importância da cautela necessária na formulação, seqüência e adequação das questões para que se consiga

um produto final que atende aos objetivos propostos pela pesquisa. Aspecto importante consiste na seleção das questões que por serem geralmente muitas exigem maior discernimento na escolha para inclusão.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

Como os demais bolsistas, Leonardo Pacheco participou dos cursos de Demografia da Raça I e Demografia da Raça II, ministrados pela professora Paula Miranda-Ribeiro. A partir do conhecimento teórico adquirido nos referidos cursos e também com base nas discussões realizadas pela equipe sobre as limitações e possibilidades de questões relacionadas à saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor verificadas em outras pesquisas, o bolsista ofereceu uma série de contribuições para a elaboração das questões a serem incluídas no questionário do projeto em questão.

- *Lizandro Nei Gualberto*

Durante os cursos ministrados pelos professores André Junqueira Caetano e Paula de Miranda-Ribeiro, o bolsista sugeriu a incorporação de várias questões relacionadas a raça no questionário, muitas das quais foram incluídas no mesmo devido sua pertinência. Durante o processo de elaboração do questionário o bolsista mostrou-se extremamente participante e discutia de forma bastante crítica e reflexiva os temas propostos, particularmente os que se referiam às questões ligada a raça/cor.

- *Luciana Crivellari Dulci*

Durante esta etapa do trabalho, a bolsista lançou mão de diversas pesquisas realizadas no Brasil para discutir com os demais participantes do projeto a necessidade de inclusão de determinadas questões no questionário do projeto. A aluna mostrou uma preocupação constante em buscar questões que fossem adequadas para responder as proposições iniciais do projeto, pré-testando as terminologias a serem empregados com pessoas de perfis diferentes. Através deste exercício de pré-teste, a bolsista, junto com outros integrantes da pesquisa, pôde verificar e avaliar o grau de entendimento que as pessoas apresentavam em relação às questões a serem incluídas no questionário.

- *Maria Ângela de Araújo*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Marisa Alves Lacerda*

A bolsista em questão participou na análise de questionários utilizados por pesquisas relacionadas ao tema proposto, aplicadas anteriormente em diversas localidades do país. Após o processo de análise de material, a bolsista atuou no sentido de selecionar questões que poderiam compor o questionário e de verificar, através da aplicação de pré-testes, a adaptação das mesmas aos objetivos do projeto. Como os demais membros da equipe, Marisa Lacerda participou de diversos cursos para ampliar seu conhecimento em torno dos temas centrais da pesquisa.

- *Nathália C. de Andrade*

A bolsista participou dessa etapa do projeto auxiliando na aquisição e arquivamento de materiais utilizados para consulta durante a elaboração do questionário.

- *Simone Maria dos Santos*

A bolsista Simone Santos participou dos encontros e cursos oferecidos para subsidiarem a elaboração do questionário. Durante os cursos de Demografia da Raça I e II a aluna apresentou uma série de contribuições para a elaboração de questões a serem incluídas no questionário. Tais sugestões também foram embasadas em cursos anteriores, oferecidos pelo projeto, relacionados a questões de gênero e reprodução humana. A aluna mostrou, sempre, uma preocupação de introduzir perguntas bastante claras, que atendessem aos objetivos propostos no trabalho, particularmente aquelas relacionadas à raça.

- *Yone Maria Gonzaga*

A participação de Yone Gonzaga na elaboração do questionário foi bastante expressiva, pois dada a sua atuação no movimento de mulheres negras no município de Belo Horizonte, a bolsista contribuiu na preparação de uma série de questões incluídas no questionário. Além disto, a bolsista apresentou ao grupo diversas publicações sobre a saúde da mulher negra, as quais muito auxiliaram na trajetória de elaboração do questionário.

2.3.5.2. Pré-testes

- *Andréa Branco Simão*

A bolsista participou na realização de diversos pré-testes sobre as questões de raça que haviam sido propostas para integrarem o questionário final. Através deste exercício, a bolsista passou a apresentar uma visão mais clara das questões que seriam mais facilmente entendidas pelas entrevistadas e que poderiam atender aos objetivos traçados pela pesquisa com mais precisão. A partir dos pré-testes, a bolsista sugeriu a inclusão/exclusão de

diversas questões no questionário. Para o aprimoramento do questionário, Andréa participou de encontros com a equipe, os quais eram destinados à realização de uma avaliação das questões incluídas no questionário, do ordenamento e "fraseamento" das questões. Como gerente operacional do projeto, a bolsista também providenciou as cópias necessárias dos questionários utilizados para os pré-testes e salas para discussões de resultados dos pré-testes realizados no município de Belo Horizonte.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

A bolsista não participou desta etapa do projeto, dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

Como os demais participantes do projeto, o bolsista realizou uma série de pré-testes. Por ser homem, o bolsista limitou-se a pré-testar as questões relacionadas à raça e, a partir dos pré-testes, pode oferecer uma série de sugestões para o aprimoramento do questionário, as quais auxiliou na maior adequação das perguntas ao perfil do público alvo da pesquisa.

- *Elizângela Aparecida Braga*

A bolsista participou ativamente dos pré-testes do questionário. Assim como os demais membros da equipe, esta bolsista pré-testou várias versões do questionário, sugerindo modificações no ordenamento, e apresentação das questões. Elizângela também colaborou nesta etapa sugerindo que algumas questões fossem retiradas e outras incluídas até que se chegasse à versão final do questionário. Para assegurar que os pré-testes estavam sendo realizados com um público que poderia se assemelhar com aquele encontrado durante a pesquisa, a bolsista recrutava pessoas com perfis bastante diferenciados. Na fase de pré-testes, a bolsista relatou à equipe a resistência de algumas mulheres em responder determinadas perguntas do questionário, particularmente às relacionadas com sexualidade e raça. Os relatos da bolsista serviram como ponto de partida para inúmeras reflexões feitas pela equipe sobre as dificuldades de abordagem de determinados temas.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

Como os demais membros do sexo masculino, Leonardo Pacheco realizou somente pré-testes sobre as questões de raça e caracterização de domicílio, não pré-testando, portanto, o questionário como um todo.

- *Lizandro Nei Gualberto*

Pela mesma razão que Cláudio Santiago e Leonardo Pacheco, Lizando Gualberto participou somente dos pré-testes relacionados às questões de raça. Durante o período de pré-teste e de treinamento de entrevistadores, o bolsista permaneceu fazendo arrolamento e digitando as listagens entregues pelos demais arroladores ao escritório.

- *Luciana Crivellari Dulci*

A bolsista participou dos pré-testes aplicando questionários em estudantes universitárias. Os pré-testes feitos por Luciana Dulci foram comparados com aqueles realizados com pessoas de escolaridade mais baixa e serviram como base de discussões sobre o entendimento que pessoas com níveis de escolaridade diferentes apresentaram em relação as questões.

- *Maria Ângela de Araújo*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Marisa Alves Lacerda*

A bolsista participou dos pré-testes das questões selecionadas, a fim de aprimorá-las e de verificar a aplicabilidade das mesmas. A bolsista fez uma série de reflexões críticas sobre as questões, indicando quais não haviam apresentado os resultados desejados (por dificuldade de compreensão, por estarem fora da ordem adequada, ou outros motivos). Nesta fase, a participação da Marisa Lacerda foi bastante efetiva e suas sugestões foram bastante pertinentes quanto à seleção, formulação e adequação das perguntas a serem introduzidas no questionário.

- *Nathália C. de Andrade*

A bolsista participou nesta etapa oferecendo suporte para equipe na obtenção do material didático para consulta e cópias de questionários para serem utilizados nos pré-testes.

- *Simone Maria dos Santos*

A bolsista realizou uma série de pré-testes com mulheres negras de baixa e alta escolaridade, residentes em diferentes regiões do município. Os pré-testes efetuados por Simone Santos foram de fundamental importância à medida que permitiram que o grupo pudesse avaliar a objetividade, a ordem e a compreensão das perguntas por parte das entrevistadas.

- *Yone Maria Gonzaga*

Como as demais integrantes da equipe, Yone Gonzaga realizou uma série de pré-testes e apresentou relatórios com muitas sugestões que foram incorporadas à versão final do

questionário.

2.3.6. Avaliação

Esta etapa permitiu aos bolsistas a participação ativa, agente e integral na elaboração de um instrumento de coleta de dados em pesquisa amostral. Como membros da equipe, eles atuaram na definição dos objetivos da coleta de dados, estudaram, sob a orientação da coordenação, questionários utilizados em outras pesquisas, elaboraram a estrutura do instrumento básico, atuaram na revisão do mesmo, propondo e implementando modificações e novidades, trabalharam o ordenamento, a introdução de filtros e o fraseamento dos quesitos, realizaram todos os testes executados nesta etapa e formataram o produto final.

Assim, os bolsistas tiveram a oportunidade de compreender a importância e complexidade desta tarefa, principalmente que o produto preliminar está sempre longe de ser o instrumento ideal, na medida em que problemas de entendimento, tanto por parte da entrevistadora quanto da entrevistada, problemas de seqüenciamento de seções e quesitos e problemas de codificação de respostas são comuns em questionários novos. Isto pôde ser comprovado por eles através das baterias de testes realizados, e que demonstrou, na prática, que estes testes devem ser exaustivos, ou seja, devem passar por várias etapas de forma que se obtenha, ao fim e ao cabo, o instrumento mais funcional e eficiente possível.

É preciso ressaltar que os bolsistas tornaram-se, a partir das tarefas efetuadas neste módulo, os maiores conhecedores e especialistas no questionário SRSR. Neste aspecto, esta atividade, juntamente com a etapa de arrolamento dos domicílios, foi estratégica na formação dos bolsistas e criou bases sólidas para a inserção deles na implementação e execução do trabalho de campo. Isto por que, na etapa seguinte, eles atuariam como coordenadores e supervisores. O pleno conhecimento da realidade a ser encontrada nas ruas e o domínio do instrumento de coleta de dados capacitou-os para atuarem nestas funções.

2.4. Implementação do Trabalho de Campo

2.4.1. Período

Treinamento das entrevistadoras e supervisoras: 21 a 30 de março de 2002

Teste de campo: 1º e 2 de abril de 2002

Reunião de avaliação do teste de campo: 3 de abril de 2002

2.4.2. Objetivos

As atividades de implementação da pesquisa objetivaram a preparação para a efetiva operação de campo, de acordo com o planejamento e tarefas previamente efetuadas nas fases de amostragem, arrolamento e elaboração do instrumento, de forma a se coletar os dados almejados, além de capacitar e treinar os bolsistas em uma pesquisa de campo real.

Dado que os quadros da equipe SRSR em Belo Horizonte não eram suficientes para compor o número de entrevistadoras para levar a cabo a visita aos 2030 domicílios selecionados na amostra e para formar as equipes de supervisão de campo e de escritório, foram recrutadas quatorze entrevistadoras. Foram selecionadas preferencialmente mulheres que já tivessem tido experiência em aplicação de questionários. De toda maneira, era imprescindível familiarizar as recrutadas com os objetivos da pesquisa SRSR e com a organização do trabalho de campo, treiná-las nos procedimentos de campo apropriados e capacitá-las para utilizarem corretamente o instrumento de coleta de dados. Esta atividade é apresentada no item 2.4.3.

Uma vez que o trabalho de campo foi dividido entre equipes de entrevistadoras coordenadas por uma supervisora de equipe e que, para cada equipe havia um supervisor de escritório, era necessário instruir e treinar tanto as supervisoras de equipe quanto os supervisores de escritório. Esta atividade é reportada no item 2.4.4.

Finalmente, foi feito o teste de campo com o objetivo de averiguar o bom funcionamento da operação completa, desde a preparação dos questionários pela equipe de escritório, logística e transporte, visita ao domicílio e aplicação do questionário, até a rechecagem em campo e retorno dos questionários ao escritório. Esta atividade é apresentada no item 2.4.5.

2.4.3. Treinamento das Entrevistadoras

O treinamento das entrevistadoras teve a duração de nove dias e contou com a presença de todos os bolsistas SRSR. O treinamento foi baseado no Manual da Entrevistadora (Ver Anexo II, Item 1), elaborado pela coordenação do projeto e, aos bolsistas, foi requerida a tarefa de estudarem e revisarem o manual.

O treinamento foi dividido em duas etapas. A primeira discutiu as questões substantivas e metodológicas da pesquisa, apresentando o Programa SRSR como um todo e, especificamente, a *Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife*, para que as entrevistadoras recrutadas pudessem adquirir uma noção da dimensão e importância da operação de coleta de dados. Ainda nesta etapa, foram trabalhadas questões éticas, formas de abordagem, segurança e

cuidados a serem tomados ao se fazer uma entrevista (seções 1, 2, 5, 6 e 7 do Manual da Entrevistadoras). Esta etapa tomou os dois primeiros dias de treinamento.

A segunda etapa do treinamento visou a familiarização com o instrumento de coleta de dados, bem como a sua adequada utilização. Todos os participantes do treinamento receberam uma cópia do Manual da Entrevistadora e foram previamente instruídos a ler o questionário em voz alta para outra pessoa até sentirem-se à vontade ao fazer as perguntas. Nos dias 25, 26 e 27 de março de 2002, o questionário foi discutido, questão por questão. Nestas ocasiões, a coordenação do projeto apresentou os objetivos, importância e formato de cada quesito do questionário. No dia 28 de março, cada entrevistadora realizou duas entrevistas, a primeira com uma mulher conhecida e a segunda, com uma mulher selecionada aleatoriamente. O desempenho de cada entrevistadora foi avaliado através de discussão, coletiva, das dúvidas e dos resultados apresentados.

Mais especificamente, esta etapa de capacitação treinou os participantes em quatro procedimentos estratégicos para a aplicação do questionário. Em primeiro lugar, eles foram instruídos sobre os procedimentos apropriados para a abertura do domicílio. Em segundo lugar, foi trabalhado o preenchimento do quadro de domicílios e identificação da mulher elegível. Enfatizou-se, em terceiro lugar, a utilização correta e obrigatória do consentimento informado. Por fim, como mencionado acima, abordou-se o funcionamento do questionário, quesito por quesito.

Com relação à abertura dos domicílios selecionados, os participantes foram instruídos sobre a definição do conceito de domicílio e de sua diferença com relação ao conceito de família. Os domicílios selecionados foram previamente definidos e eram localizados através da *Listagem de Domicílios Selecionados*, produto final da tarefa de arrolamento e amostragem do segundo estágio de seleção da amostra (Ver Anexo I - Item 2), e dos mapas dos setores censitários. Exemplos de problemas com relação à localização e abertura dos domicílios e suas soluções foram apresentados e discutidas.

Os participantes foram instruídos a "abrir" domicílios somente através de pessoas com 18 ou mais, de preferência do sexo feminino. Caso a pessoa que atendesse fosse menor de idade, a entrevistadora deveria pedir a presença de um membro do domicílio maior de idade. Para esta pessoa seria lido consentimento oral para a abertura do domicílio (Ver Anexo III - Item 2 - p.2). Caso a pessoa que atendeu a entrevistadora concordasse, passava-se para a seção de caracterização do domicílio e efetuava-se o preenchimento do Quadro de Moradores.

Com relação ao preenchimento do quadro de domicílio e identificação da mulher elegível para entrevista, os participantes foram instruídos na definição de moradores do domicílio de forma que pudessem discernir quais as pessoas presentes que deveriam ser incluídas, como moradoras, no

Quadro de Domicílio. Neste sentido, deveriam ser listados os moradores habituais do domicílio, inclusive os ausentes, e não deveriam ser considerados moradores os visitantes pernoitando no domicílio há menos de quatro semanas e empregados domésticos que dormiam na residência menos de cinco noites por semana (Ver Anexo II - Item 1).

Uma segunda definição importante foi a de mulher elegível para a entrevista, ou seja, aquela com características específicas que permitiriam a sua inclusão na pesquisa. Foi definida como mulher elegível para entrevista toda moradora do domicílio, entre 15 e 59 anos de idade. Para que as mulheres elegíveis em um domicílio fossem identificadas, no quadro de moradores do domicílio (Ver Anexo III - Item 2 Seção 0) deveria constar a lista de moradores, por sexo e idade. Por razões de segurança e maximização da qualidade das respostas fornecidas, foi definido que apenas uma mulher elegível por domicílio seria entrevistada.

Uma vez preenchido o quadro de moradores e identificadas as mulheres elegíveis em cada domicílio, os participantes foram treinados para efetuarem a seleção aleatória do terceiro estágio da amostragem, através da *Etiqueta de Seleção*, colada em cada questionário, fornecidas pelo Professor Pedro Luís Nascimento Silva. A etiqueta de seleção contém uma série de pares de números. O primeiro refere-se ao número de elegíveis encontrado no domicílio, ao passo que o segundo refere-se ao número de ordem da entrevistada sorteada como elegível. Por exemplo, em um domicílio com três mulheres elegíveis, os participantes foram instruídos a procurar na etiqueta de seleção o primeiro número correspondente (3) e registrar, no questionário, o número de ordem da selecionada. Uma vez identificada a mulher a ser entrevistada, esta deveria ser localizada e a entrevista marcada. A entrevistadora deveria proceder, então, à utilização do consentimento livre e esclarecido.

Para este fim, a última coluna do quadro de moradores deveria ser preenchida com um traço para os moradores do sexo masculino e moradoras do sexo feminino com menos de 15 anos ou com 60 anos de idade ou mais. Para as moradoras entre 15 e 59 anos de idade, a casela deveria ser numerada em ordem crescente. Nos domicílios sem elegíveis, os participantes foram instruídos a preencher apenas as partes de identificação do questionário e de caracterização do domicílio.

Nesta fase, foi enfatizado para os participantes do treinamento a imprescindibilidade de que todas as mulheres que viessem a participar do estudo o fizessem por livre e espontânea vontade e que, para isso, o consentimento livre e esclarecido é o instrumento que oferece à potencial entrevistada todas as informações sobre o estudo, de forma que ela tenha a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e decidir se deseja ou não participar. Logo, a mulher selecionada deveria, antes de iniciar a entrevista, ler o termo de consentimento, o qual deveria ser assinado pela

selecionada e pela entrevistadora. No caso de menores de 18 anos, deveria ser requerida a presença de um responsável pela menor, que autorizaria a entrevista através de sua assinatura. Nestes casos específicos, os participantes do treinamento foram instruídos a informar a/o responsável que ele ou ela não teria acesso a nenhuma informação prestada pela entrevistada. Em casos de analfabetismo, os participantes foram instruídos a lerem o termo de consentimento para a mulher selecionada na presença de uma testemunha, que deveria assinar o consentimento.

Finalmente, os participantes foram treinados a utilizarem corretamente o questionário. Com este fim, foram enfatizadas a estrutura do questionário, objetivos e dinâmica de cada quesito, formas de fazer a pergunta, formas de registrar as respostas, quesitos de filtragem e checagem do questionário completo.

O desenho do questionário SRSR e seus quesitos seguem o padrão usado por pesquisas amostrais demográficas e de saúde. A primeira coluna apresenta o número da questão, a segunda coluna traz a pergunta que deverá ser feita e a terceira coluna fornece as respostas codificadas ou o espaço para se registrar respostas abertas. Quando há instruções especiais de pulo ou filtragem, a terceira coluna é dividida em duas e, para cada resposta, há uma instrução da seqüência a ser seguida. Utilizou-se três tipos de quesitos, quais sejam, perguntas com respostas pré-codificadas com apenas uma alternativa válida, perguntas com respostas pré-codificadas e múltiplas alternativas válidas e perguntas com respostas abertas.

Os participantes foram instruídos a não ler as alternativas de resposta a não ser nos casos onde houvesse instruções para proceder de forma contrária. Além disso, os participantes foram treinados a seguirem corretamente o fluxo do questionário, utilizando as instruções de filtro, de forma que não fossem feitas perguntas a uma entrevistada que não se relacionem à situação dela. Finalmente, os participantes foram treinados para revisarem os questionários e corrigirem eventuais problemas. As entrevistadoras deveriam fazê-lo antes de sair do domicílio. As supervisoras de campo deveriam fazê-lo antes de terminarem o setor censitário sendo trabalhado. O questionário seria verificado ainda mais uma vez pela equipe de escritório.

Por fim, os participantes foram instruídos a respeito da estruturação da operação de campo, de forma que cada nível de atividade ficasse bem definido, que as atribuições de cada um não se sobrepusessem e se estivesse claro a quem procurar em cada tipo de situação ou problema. Neste particular, as entrevistadoras foram instruídas a respeito das atribuições delas mesmas e de sua coordenadora, a supervisora de equipe, da conexão entre cada equipe e o pessoal de escritório, da coordenação da operação de campo pela coordenadora operacional, Andréa Simão, e da conexão entre esta e a coordenação do projeto. Neste sentido, o treinamento das supervisões de campo e de

escritório foi crucial para o bom funcionamento da operação.

2.4.3.1. Material

2.4.3.1. Manual da Entrevistadora

Ver Anexo II - Item 1

2.4.3.2. Instruções para Listagem de Moradores e Seleção da Pessoa Elegível a ser Entrevistada

Ver Anexo II - Item 2

2.4.4. Supervisão de campo e de escritório

Em Belo Horizonte, os setores censitários da amostra foram divididos em quatro regiões e três equipes de campo, cada uma coordenada e supervisionada por uma bolsista do projeto. A cada equipe de campo foi alocado um determinado número de setores censitários:

1. Região Sul – Equipe Azul: 20 setores
2. Região Centro – Equipe Verde: 21 setores
3. Região Norte – Equipe Lilás: 20 setores

As favelas (nove setores, ao todo) foram percorridas na última etapa do trabalho de campo, cabendo a cada equipe três setores censitários a serem determinados. A cada região e, por conseguinte, a cada equipe de campo, foi alocado um(a) supervisor(a) de escritório, também bolsista do projeto.

A seqüência de setores que cada equipe deveria seguir foi definido pela coordenação do projeto, de modo a minimizar o tempo a ser gasto nos deslocamentos entre os setores censitários selecionados para a amostra.

Cada supervisora de campo recebia, diariamente, do(a) respectivo(a) supervisor(a) de escritório os questionários com as informações de identificação já preenchidas (numeração do questionário no canto superior direito da capa e das páginas 1 a 7 e quesitos A, C, D, E e N, na página 1), o mapa do setor a ser percorrido, a planilha de monitoramento do setor (Ver Anexo III - Item 2; Anexo III - Item 3) e as planilhas de acompanhamento de entrevistas (Ver Anexo III - Item 2) referentes ao setor censitário a ser trabalhado.

Às supervisoras de campo coube:

1. Certificar-se de que estava de posse de todo o material de campo necessário para os trabalhos do dia;
2. Certificar-se de que os questionários recebidos continham todas as informações de identificação devidamente preenchidas pelo(a) respectivo(a) supervisor(a) de escritório;
3. Certificar-se de que os questionários recebidos continham a etiqueta de seleção colada no local apropriado;
4. Distribuir os questionários e as tarefas de campo entre as entrevistadoras da equipe;
5. Instruir as entrevistadoras para que preenchessem os respectivos nomes e números apropriados nos dois termos de consentimento, páginas 2 e 6 do questionário;
6. Coordenar o trabalho do motorista da equipe;
7. Verificar cada questionário finalizado por cada entrevistadora no mesmo dia da finalização do questionário. Para tanto a supervisora de campo, foi instruída a priorizar os seguintes quesitos e seções:
    a. Quadro de Moradores, número total de elegíveis e utilização da etiqueta de seleção (página 3);
    b. Quesitos 103 e 104 (página 7);
    c. Quesitos 105 a 114 (página 7);
    d. Seção 3 (página 12);
    e. Seção 5 e quesitos 511 e 512 (páginas 15 e 16);
    f. Verificadas as informações da Seção 5, certificar-se de que as seções 6, 7 e 8 foram preenchidas corretamente;
    g. Seção 9 inteira (páginas 28 a 33);
    h. Seção 11 inteira (páginas 35 a 42)
8. Coordenar as remarcações e retornos de entrevistas de forma que estas pudessem ser realizadas de preferência antes do fechamento do setor censitário em que se estivesse trabalhado;
9. Rechecar 1 questionário, selecionado aleatoriamente, por entrevistadora por setor censitário, com o objetivo de garantir a qualidade das informações coletadas;
10. Acompanhar uma entrevista de cada entrevistadora por semana, utilizando a planilha de acompanhamento de entrevistas (Ver Anexo III - Item 2) para avaliar o desempenho da entrevistadora. As planilhas de acompanhamento de entrevistas eram entregues ao respectivo supervisor(a) de escritório para avaliação junto à coordenação do projeto;

11. Preencher a *planilha de monitoramento do setor censitário* (Anexo III - Item 3). Esta planilha era entregue ao respectivo(a) supervisor(a) de escritório no fechamento do setor em questão;
12. Retornar ao escritório ao final do dia para relatar as tarefas diárias (através da planilha de monitoramento do setor censitário), entregar os questionários finalizados do setor em andamento e, quando fosse o caso, receber o material do setor censitário a ser trabalhado a seguir;
13. Certificar-se e garantir que as entrevistadoras da equipe trabalhassem em condições seguras e satisfatórias;
14. Participar das reuniões semanais de avaliação do andamento do trabalho de campo;

A cada Supervisor(a) de Escritório correspondeu um número de pastas igual ao número de setores censitários alocados para aquela equipe/região.

Estas pastas continham as seguintes identificações e material:

1. Uma etiqueta com o número do setor (*distrito*, *subdistrito* e *número do setor*) colada em sua face externa;
2. Abaixo da etiqueta com o número do setor, na face externa da pasta, o mapa do setor, também colado;
3. Internamente, uma segunda cópia do mapa do setor a ser fornecida para a Supervisora de Campo;
4. Internamente, 22 questionários;
5. Internamente, 2 planilhas de monitoramento do setor (uma para uso da supervisora e outra para eventualidades);
6. Internamente, 1 planilha de acompanhamento de entrevista.

A cada Supervisor(a) de Escritório coube:

1. Preparar os questionários a serem entregues para a Supervisora de Campo da respectiva equipe; para tanto, realizava-se as seguintes tarefas:
    a. Preenchimento das seguintes informações em cada questionário:
        i. numeração do questionário (*distrito*, *subdistrito*, *setor* e *número do questionário*) no canto superior direito da capa e das páginas 1 a 7;
        ii. quesitos A (*endereço do domicílio*), C (*distrito*, *subdistrito e setor*), D (*tipo do setor*=1), E (*número do questionário*) e N (*nome do(a) Supervisor(a) de*

Escritório), na página 1;

iii. Número os questionários.

b. Aplicação da etiqueta de seleção nos questionários;

2. Fornecer os questionários referentes ao setor censitário a ser percorrido em seguida pela respectiva equipe de campo, de acordo com solicitação da Supervisora de Campo da equipe;
3. Receber, da respectiva supervisora de campo, os questionários finalizados no dia anterior;
4. Fazer a rechecagem dos questionários finalizados no dia anterior e comunicar-se com a supervisora de campo, e com a coordenação do projeto, nos casos de dúvidas ou de questionários com problemas;
5. Estar presente ao final do dia para receber os questionários finalizados das respectivas Supervisoras de Campo;
6. Estar presente nas reuniões semanais de avaliação do andamento do trabalho de campo.

2.4.4.1.Material

2.4.4.1.1. "Check list"

Ver Anexo III - Item 1

2.4.4.1.2. Planilha de monitoramento do setor censitário

Ver Anexo III - Item 2

2.4.4.1.3. Planilha de controle de escritório

Ver Anexo III - Item 3

2.4.4.1.4. Roteiro de observação das entrevistas

Ver Anexo III - Item 4

2.4.5. Teste de campo

Nos dias 1 e 2 de abril realizamos o piloto do trabalho de campo. Na seção de treinamento do dia 30 de março, as entrevistadoras foram divididas nas três equipes que trabalhariam na operação de campo de fato. Para cada uma delas foram definidas as supervisoras de campos e o/as respectivos/as supervisores/as de escritório. O material foi distribuído de forma que esta atividade refletisse exatamente a estrutura a ser seguida no campo real. Para cada equipe foi alocado um setor censitário não pertencente à amostra. No dia 3 de abril, reunimo-nos para a avaliação do teste de campo, questões logísticas e acertos finais. O trabalho de campo em Belo Horizonte iniciou-se no dia 4 de abril.

2.4.6. Participação dos bolsistas

- *Andréa Branco Simão*

Como gerente operacional do projeto, a bolsista providenciou o local adequado para o treinamento das entrevistadoras e o material a ser utilizado nos encontros. Em conjunto com os coordenadores do projeto, a bolsista participou da entrevista de seleção das entrevistadoras, estabelecendo contato e conhecendo-as de forma mais próxima. A bolsista auxiliou na identificação de candidatas mais indicadas para o trabalho de pesquisa de campo.

Durante essa etapa, a referida bolsista providenciou o material necessário para o treinamento das supervisoras e da equipe de escritório. Coube a ela, também, organizar o espaço físico destinado para o projeto, fazendo a aquisição de mesas e cadeiras para os trabalhos da equipe.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

A bolsista não participou desta etapa do projeto.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

O bolsista não participou desta etapa do projeto, dado que já estava desvinculado do mesmo.

O bolsista não participou desta etapa do projeto dado que já estava desvinculado do mesmo.

- *Elizângela Aparecida Braga*

A bolsista participou tanto do processo de treinamento das entrevistadoras recrutadas para atuarem em Belo Horizonte quanto em Recife. No treinamento das entrevistadoras de Belo

Horizonte a bolsista auxiliou na apresentação da pesquisa, do questionário, dos procedimentos básicos de execução de entrevistas e da postura que as entrevistadoras deveriam apresentar em campo. Nesta etapa, a bolsista repassou para as entrevistadoras a importância da ética e do profissionalismo no desempenho da função de entrevistadora. No treinamento realizado com a equipe de Recife o papel da bolsista foi o mesmo, no entanto, por estar em uma outra localidade, Elizângela observou a importância do espírito de equipe durante a execução do trabalho.

A bolsista permaneceu por um breve período de tempo como supervisora de campo em Belo Horizonte, já que foi uma das pessoas designadas para atuar na etapa de Recife. Como supervisora de campo, a bolsista atuou como uma base de apoio à equipe, isto é, era responsável pela organização do material a ser utilizado pelas entrevistadoras durante o trabalho de campo, verificando a quantidade e a qualidade do mesmo no início e no final de cada dia. A atividade de supervisão também implicava que a bolsista deveria distribuir o trabalho entre as entrevistadoras, assegurando-se de que todas estavam desempenhando o trabalho de forma igualitária e confiável.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

Leonardo permaneceu no escritório durante o treinamento das entrevistadoras.

- *Lizandro Nei Gualberto*

Como os demais bolsistas do sexo masculino, Lizandro permaneceu no escritório durante o treinamento das entrevistadoras.

- *Luciana Crivellari Dulci*

A bolsista participou do treinamento realizado com as entrevistadoras selecionadas para participarem da etapa de Belo Horizonte. Neste sentido, ofereceu uma série de colaborações, discutindo com as selecionadas a importância da ética, da postura durante as entrevistas, das dificuldades em agendar os encontros com pessoas que trabalhavam durante o dia todo e da necessidade de marcar entrevistas durante os finais de semana.

A bolsista participou do treinamento de supervisores mostrando uma preocupação constante com aspectos relacionados à ética, qualidade do trabalho e entrosamento das entrevistadoras. Selecionada para ser uma das supervisoras de equipe, Luciana Dulci foi orientada para atuar no sentido de direcionar as pesquisadoras para o local de trabalho,

distribuir o material para as atividades programadas para o dia, fazer o controle do mesmo ainda durante o campo, analisando de forma crítica as entrevistas realizadas. Além disso, durante o treinamento Luciana também recebeu orientações que, como supervisora, deveria estar sempre disponível para esclarecer dúvidas das entrevistadoras de sua equipe e para aplicar questionários quando alguma pesquisadora de seu grupo não pudesse fazê-lo (em função do horário marcado para a entrevista ou porque a entrevistada se sentia mais confortável em ser entrevistada pela supervisora do grupo).

- *Maria Ângela de Araújo*

Maria Ângela iniciou no projeto nessa etapa da pesquisa. Assim sendo, ela participou do treinamento de uma semana, oferecido para as entrevistadoras selecionadas para aplicação dos questionários. Durante este período, a bolsista obteve informações sobre os objetivos da pesquisa, sobre a estrutura do questionário e passou a ter mais familiaridade com as mesmas as perguntas incluídas no mesmo. Com o auxílio de bolsistas mais antigas, Maria Ângela inteirou-se rapidamente com o trabalho e com a equipe, atuando de forma bastante efetiva durante o treinamento, o qual teve incluído uma série de pré-teste em sua programação.

- *Marisa Alves Lacerda*

Junto com Elizângela Braga, Marisa Lacerda participou do treinamento da equipe de entrevistadoras recrutadas para trabalhar no município de Recife. A bolsista auxiliou a equipe de coordenação local a preparar as entrevistadoras para a aplicação do questionário, repassando, também, informações sobre a pesquisa em geral, seus objetivos, o questionário, as perguntas nele incluídas, os pulos e formas de procedimento durante as entrevistas. A experiência adquirida pela bolsista durante o período de trabalho em Belo Horizonte possibilitou que a mesma pudesse esclarecer uma série de questões levantadas pela equipe de Recife em relação à aplicação do questionário.

Durante o treinamento, a bolsista Marisa Alves Lacerda, que atuou na parte de escritório em Belo Horizonte, ficou ciente de que dentre os papéis desempenhados pela equipe de escritório estava incluída a criação de uma rotina e metodologia de trabalho, a qual serviria para organizar toda a documentação que iria e retornaria do campo diariamente. Além disso, a bolsista foi orientada a respeito da importância da padronização das rotinas de trabalho de escritório em Belo Horizonte e Recife dada à necessidade de comparabilidade de resultados.

- *Nathália C. de Andrade*

Assim como nas demais etapas do projeto, a bolsista atuou no sentido de prestar suporte aos

participantes da pesquisa, providenciando o material necessário para as atividades.

- *Simone Maria dos Santos*

Nesta etapa, a bolsista contribuiu para o andamento do treinamento repassando informações sobre o projeto como um todo para as entrevistadoras que haviam sido selecionadas para aplicar o questionário no município de Belo Horizonte. Simone esclareceu diversas dúvidas que as entrevistadoras possuíam em relação aos objetivos da pesquisa como um todo e também de algumas perguntas incluídas no questionário.

A bolsista atuou como supervisora de campo em Belo Horizonte e Recife, por essa razão, durante a fase de treinamento foi orientada no sentido de garantir que os procedimentos das equipes por ela coordenadas fossem os mesmos em ambos municípios.

- *Yone Maria Gonzaga*

A bolsista ficou impossibilitada de participar do treinamento das entrevistadoras, pois o mesmo ocorreu durante o horário de trabalho da bolsista.

- *Marília Goreth da Silva*

Marília da Silva iniciou suas atividades no projeto durante o treinamento das entrevistadoras, função para a qual foi inicialmente selecionada. Durante o treinamento, Marília mostrou-se bastante interessada pela pesquisa e muito desenvolta para lidar com questões delicadas que surgiam durante os pré-testes. Nesta etapa, a entrevistadora procurou sanar as dúvidas que possuía em relação aos objetivos da pesquisa e as questões que compunham o questionário. Já nesta fase Marília mostrou um grande espírito de equipe e liderança.

A bolsista participou do treinamento de supervisão de campo, pois com a mudança da bolsista Simone Santos para a supervisão dos trabalhos de Recife, Marília da Silva assumiu a atividade de supervisão de uma das equipes de Belo Horizonte, realizada por Simone. Assim como as outras supervisoras, durante o treinamento Marília foi escalrecida que dentre os papéis desempenhados por uma supervisora estava o de dividir, entre as entrevistadoras, as entrevistas a serem feitas diariamente, o de conferir o material que recebia da equipe de escritório e repassá-lo para as entrevistadoras, fazendo um controle, ainda durante o campo, dos questionários que haviam sido preenchidos. Também durante o treinamento Marília foi orientada em relação a disponibilidade que deveria apresentar para atender as dúvidas e problemas que sua equipe apresentasse em campo, para realizar entrevistas na impossibilidade de alguma entrevistadora de sua equipe poder fazê-lo. Finalmente, assim como as demais supervisoras, Marília foi orientada que deveria procurar

a coordenação geral caso ocorresse algum problema no campo que ela não pudesse (ou não se sentisse capaz) de resolver sozinha.

2.4.7. Avaliação

A operação de campo foi organizada de forma a permitir um bom desempenho de toda a equipe, bolsistas e entrevistadoras recrutadas, a obtenção de dados de qualidade e o treinamento dos bolsistas em campo. Neste sentido, esta atividade consistiu em treinar e instruir a todos na abordagem e na abertura dos domicílios, na aplicação dos procedimentos éticos apropriados, através da utilização dos consentimentos informados, na aplicação do questionário, na interação com entrevistados, na supervisão do trabalho das entrevistadoras, através da supervisão de campo, e na verificação dos dados obtidos, através da supervisão de escritório.

Ainda que os bolsistas tenham tido papel ativo na criação e testagem do instrumento de coleta de dados, todos participaram integralmente da atividade de treinamento na utilização do questionário, de forma que recebessem os insumos, dúvidas, questões e dificuldades de pessoas que não haviam participado da etapa anterior, as entrevistadoras recrutadas. Isto permitiu que os bolsistas se tornassem ainda mais familiarizados com o questionário e pudessem, cada qual em seu papel durante o trabalho de campo, levar a cabo suas funções com maior eficiência.

Neste sentido, foi detalhada, durante o treinamento, a estrutura de trabalho adotada, de forma a se evitar sobreposições de tarefas e funções. Ressaltou-se que as entrevistadoras reportariam-se à sua supervisora de campo, a qual relacionaria-se sempre com a/o mesma/o supervisor/a de escritório. As três equipes, com os seus respectivos supervisores, foi coordenada, de forma mais imediata, pela gerente de campo, Andréa Branco Simão. A coordenação do projeto acompanhou todo o trabalho através de contatos regulares com a coordenadora operacional e com a equipe de escritório.

Além disso, foram agendados encontros semanais com as supervisores de escritório e quinzenais com as equipes de campo. Para garantir a continuidade da atividade de campo, estabeleceu-se, ainda, um canal direto, através de telefones celulares, entre a coordenação e as supervisoras de campo, caso as dúvidas e obstáculos encontrados não fossem passíveis de ser solucionados pela supervisão de escritório ou pela gerente geral.

Seções especiais, apenas com os bolsistas, foram realizadas para a instrução e o treinamento dos supervisores em suas respectivas funções, conforme descrito na seção 2.4.

A etapa de treinamento foi efetuada a contento, o que pôde ser comprovado a partir da avaliação dos questionários aplicados pelos participantes durante o treinamento. As entrevistadoras recrutadas e os bolsistas, através desta tarefa prática, a qual incluía a discussão das dúvidas e

problemas com a coordenação, adquiriram o domínio necessário para a devida e eficiente identificação e abertura dos domicílios, identificação das mulheres elegíveis para a entrevista, utilização dos consentimentos informados e aplicação do questionário. Isto foi devidamente comprovado através da realização do piloto de campo e da avaliação desta atividade.

Apesar de depararmo-nos com dificuldades por parte de algumas entrevistadoras mais tímidas e de dúvidas que surgiram com relação ao preenchimento do quadro de moradores, o piloto do campo corroborou o resultado positivo do treinamento. Indicou, além disso, que a organização operacional e logística estava eficientemente estruturada, ainda que necessitasse de ajustes durante o campo.

A realização do piloto do campo foi importante, não apenas para testar o funcionamento da operação, mas também para que as equipes pudessem adquirir uma sintonia inicial entre seus membros. Assim, foram acertadas, durante o piloto, os pontos de encontro em que cada equipe se encontraria toda manhã, a forma mais eficiente de verificação e distribuição do material entre cada supervisão de escritório e de campo, e as formas de comunicação entre a supervisora de campo e suas entrevistadoras. Finalmente, foi possível fazer uma idéia concreta do tempo médio real necessário para se completar as entrevistas em um setor censitário, incluindo-se aí o tempo gasto com deslocamentos entre a sede do projeto e os setores censitários selecionados e entre os setores censitários de cada equipe, conforme o trajeto previamente definido pela coordenação do projeto.

2.5. Trabalho de campo

2.5.3. Período

Belo Horizonte: 4 de abril a 9 de julho de 2002.

2.5.4. Objetivos

O principal objetivo deste módulo foi coletar as informações almejadas e, ao mesmo tempo, permitir, aos bolsistas, obterem experiência de campo. Uma vez que eles participaram, como agentes, de todo o processo de planejamento, organização e implementação de um projeto de pesquisa, restava a experiência concreta de coleta de dados, ou seja, a inserção dos bolsistas como entrevistadores/as e supervisores/as, de forma a vivenciarem as tarefas de campo. Por um lado, esta atividade, além da coleta de dados especificamente, ofereceu aos bolsistas a oportunidade de aprendizado na adaptação ao ritmo imposto pelo instrumento de coleta de dados, tomar

conhecimento *in loco* da realidade das pesquisadas e, no contato direto com os sujeitos da pesquisa, passar pelo aprendizado de interação entrevistador-entrevistado. Por outro lado, tiveram que lidar e solucionar situações de não-cooperação, negativas e desconfiança, além de administrar e solucionar os problemas cotidianos encontrados pelas entrevistadoras de campo, tanto no relacionamento entre elas, quanto no relacionamento com os sujeitos da pesquisa.

Os bolsistas também aplicaram, na prática, os procedimentos de rechecagem e controle da qualidade dos dados, através dos procedimentos definidos no treinamento, de forma que a garantir a qualidade das informações levantadas. Em reuniões periódicas durante este módulo, os questionários foram revistos e os grupos trocaram informações sobre suas experiências, em um processo interativo de resolução de problemas e dúvidas. Esta atividade visou não somente a maior eficiência do trabalho de campo, mas também reforçar a concepção de que uma pesquisa tem caráter coletivo e depende primordialmente do trabalho de equipe.

2.5.5. Material

2.5.5.1.Questionário

Ver Anexo IV - Item 1

2.5.6. Descrição das atividades

Os quadros da equipe SRSR e as entrevistadoras recrutadas para a operação de campo foram divididas em três times, cada um responsável por uma área do município de Belo Horizonte. Cada uma equipe das três equipes foi coordenada por uma supervisora de campo, bolsista do projeto (Luciana Dulci, Simone Santos, Elizângela Braga). Estas três equipes foram lideradas, por sua vez, pela coordenadora operacional do projeto, Andréa Branco Simão, que, juntamente com a bolsista Nathália Andrade, incumbiu-se de todos os preparativos e suportes logísticos necessários à operação de campo, fez o elo entre as equipes em campo, escritório e a coordenação do projeto e supervisionou o trabalho de entrega e recebimento dos questionários, diariamente. A coordenadora operacional tratou ainda de estabelecer contatos com lideranças comunitárias nos locais que apresentavam risco potencial para o trabalho das equipes de campo. Estas lideranças acompanharam as entrevistadoras nestas áreas.

O papel das supervisoras de equipes consistiu em organizar as atividades das entrevistadoras em cada setor censitário da amostra, acompanhar, semanalmente, uma entrevista de

cada entrevistadora de forma a avaliar o desempenho das mesmas, verificar e certificar-se de que os questionários aplicados estivessem completos e devidamente preenchidos, para que as entrevistadoras corrigissem eventuais falhas ainda no setor censitário em que a equipe estivesse trabalhando. Além disso, conforme descrito no item 2, as supervisoras de campo ficaram encarregadas de fazer visitas de rechecagem em uma amostra de questionários por setor e dar suporte, solucionar impasses, resolver conflitos e fazer a conexão entre as entrevistadoras e a coordenação do projeto. Para agilizar e facilitar a comunicação entre entrevistadoras e supervisoras de campo e entre estas e a coordenação do projeto, foram adquiridos três telefones celulares, que ficaram de posse das supervisoras. Paras as entrevistadoras, foram adquiridos cartões telefônicos.

Para a supervisão de escritório, foram selecionados bolsistas do sexo masculino e mulheres com restrições com relação ao horário de trabalho, uma vez que a dedicação na coleta de dados seria integral. A equipe de escritório foi coordenada por Lizandro Nei Gualberto e composta por Leonardo Turchi, Marisa Lacerda e Yone Gonzaga, cada qual responsável por uma equipe de campo. Cabia a estes bolsistas preparar, diariamente, os questionários a serem utilizados em campo. Estes questionários eram entregues à supervisora da equipe, à qual cabia certificar-se que o material estava devidamente preenchido. No retorno dos questionários para o escritório, cada supervisor realizava uma nova verificação das informações, ao executar a codificação preliminar das mesmas.

Como mencionado acima, realizamos reuniões regulares com as equipes de campo e e escritório, com o objetivo de fazer os ajustes necessários na medida em que a coleta de dados evoluía. Além disto, estas reuniões constituíram-se no forum de apresentação, discussão e solução das dificuldades de execução, coletivos e individuais, enfrentados em campo.

2.5.7. Participação dos bolsistas

- *Andréa Branco Simão*

Na realização desta tarefa a bolsista em questão foi responsável pela parte logística: contratação do transporte, compra de telefones celulares para supervisoras, pagamento de diária para as entrevistadoras, contatos freqüentes com a equipe em campo para saber como estava o andamento do trabalho. Nos casos de locais de maior risco, como favelas consideradas perigosas e em domicílios onde as visitas precisavam ser feitas à noite, a bolsista providenciava um meio de transporte seguro e celular para a entrevistadora. Quando necessário Andréa Simão também ia ao setor onde os questionários estavam sendo aplicados.

Como gerente operacional do projeto a tarefa da bolsista nesta etapa foi a de providenciar o local para as reuniões e avisar todas as pessoas que integravam a equipe de campo da data e local das mesmas. Além disto, a bolsista foi responsável por resolver todas as questões relacionadas ao pagamento e despesas que as entrevistadoras porventura necessitavam fazer durante o trabalho de campo. Como gerente operacional do projeto, a bolsista não atuou como supervisora de campo, no entanto, participava dos encontros freqüentes realizados entre coordenação geral, equipe de escritório e supervisoras. Coube a bolsista providenciar o material necessário para o campo e realizar contatos para agilizar as entrevistas em locais de maior dificuldade (ex. contatos entre líderes comunitários de favelas). Além disto, como gerente operacional, a bolsista foi responsável por manter contatos telefônicos diários com supervisoras para saber do andamento das atividades e se algum problema havia surgido ao longo do trabalho de campo.

Nesta fase a bolsista foi responsável por providenciar o espaço físico adequado para a elaboração das planilhas dos domicílios sorteados; preparação do material de campo; correção de questionários; controle de saída, chegada e correção dos questionários; digitação das planilhas de controle.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

Inicialmente, a bolsista participava das reuniões com o intuito de se familiarizar com a equipe, com os trabalhos que já haviam sido ou estavam sendo desenvolvidos e com o andamento dos trabalhos de campo.

A bolsista entrou no projeto em 03/05/2002, ficando responsável por atividades desenvolvidas no escritório, tais como: elaboração das planilhas dos domicílios sorteados; preparação do material de campo; correção de questionários; controle de saída, chegada e correção dos questionários; digitação das planilhas de controle.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

O bolsista não participou desta etapa do projeto dado que já estava desvinculado do mesmo.

- *Elizângela Aparecida Braga*

A bolsista Elizângela Braga participou da aplicação de questionários tanto no município de Belo Horizonte quanto no município de Recife. Assim como as demais entrevistadoras, a bolsista encontrava e equipe de trabalho, recebia e conferia o material fornecido pela supervisora da equipe e se dirigia, com as demais entrevistadoras, para a região a ser

trabalhada no dia. Ao terminar uma entrevista, a bolsista retornava ao veículo, que permanecia à disposição da equipe, entregava o questionário para a supervisora de campo.

A bolsista Elizângela exerceu a atividade de supervisão de escritório somente na etapa de trabalho de campo realizada no município de Recife. Como supervisora de escritório naquele município, Elizângela Braga organizava os materiais, selecionava os trabalhos futuros, ordenava os já realizados, fazia correção dos questionários preenchidos no campo e solicitava que as falhas detectadas fossem corrigidas pela equipe.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista não participou desta etapa do projeto dado que ainda não estava vinculada ao mesmo.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

Como inicialmente definido no projeto, os homens da equipe não participaram das entrevistas, ficando somente com as atividades de escritório.

Ao participar das reuniões semanais com coordenadores e supervisores de campo, cabia a Leonardo Pacheco informar em quantos setores sua equipe havia concluído os trabalhos, quantos domicílios haviam sido visitados em cada setor, qual o número de entrevistas completas obtidas por cada entrevistador e pela equipe como um todo. Além disso, o bolsista também deveria informar quantas pendências havia na equipe e quando as mesmas deveriam ser fechadas.

O bolsista desenvolveu o papel de crítico dos questionários que retornavam prontos do campo. Como crítico, o bolsista deveria ler cada questionário entregue, verificando sua coerência e solicitando à supervisora da equipe na a qual ele atuava que corrigisse qualquer informação que por ventura houvesse ficado indevida.

- *Lizandro Nei Gualberto*

O mesmo caso de Leonardo T. Pacheco.

Como responsável pelo escritório, o bolsista tinha que preparar com antecedência os dados de desenvolvimento do campo. Para isso, desenvolveu um arquivo de acompanhamento das atividades de sua equipe (criado a partir da ficha de crítica de escritório). O documento criado pelo bolsista foi repassado para as outras equipes, uniformizando-se, assim, os procedimentos de repasse de informações sobre o trabalho de campo para a coordenação do projeto.

O bolsista foi responsável pela preparação e crítica dos questionários região Centro-Sul de Belo Horizonte. Enquanto crítico tinha que preparar com antecedência a lista dos domicílios

sorteados, marcar os números precedentes e sucessivos para facilitar o trabalho da supervisora de campo, além de incluir observações do arrolamento que não existiam no arquivo digital. Além disso, ele também foi designado para ser o responsável pelo escritório como um todo. Enquanto responsável pelo escritório o bolsista era encarregado de elaborar fichas para a rotina de crítica, para isso, ele criou um arquivo no Excel que avaliava o desenvolvimento do campo (questionários aplicados, os problemáticos e os que ainda não tinham ido a campo).

- *Luciana Crivellari Dulci*

A bolsista desempenhou o papel de supervisora de campo, atividade já descrita anteriormente.

Como supervisora de campo, as reuniões semanais serviam para que a bolsista apresentasse aos coordenadores gerais um panorama geral da situação que sua equipe enfrentava no campo. Também nestas reuniões a bolsista, como supervisora de campo, pontuava problemas específicos que havia enfrentado e relatava a solução dada ao mesmo ou discutia com a equipe como resolvê-lo.

A bolsista não atuou na supervisão de escritório.

- *Maria Ângela de Araújo*

Como entrevistadora, a bolsista em questão tinha as sob sua responsabilidade receber e conferir o material das mãos da supervisora de campo. Em campo, a entrevistadora iniciava a entrevista fazendo uma abordagem a um membro do domicílio podendo ser recebida, ou não, para a entrevista. Com bastante cautela a entrevistadora procurava obter a entrevista, que se não fosse feita no primeiro contato, poderia ser agendada para acomodar um horário que atendesse melhor a entrevistada. Assim como as demais entrevistadoras, após cada entrevista, Maria Ângela Araújo retornava ao ponto de encontro marcada pela supervisora e entregava a esta o material para conferência. Em caso de algum problema, um retorno poderia ser efetuado pela própria entrevistadora.

Durante as reuniões semanais realizadas com os coordenadores do projeto e cada equipe de trabalho, a bolsista apresentava as experiências que havia tido durante o período de trabalho de campo. Os relatos das experiências forneciam subsídios para a solução dos problemas encontrados pelas equipes durante o trabalho de campo.

Como entrevistadora, Maria Ângela relatava as dificuldades que havia encontrado durante a semana, as dúvidas que porventura surgiam em relação a algum procedimento. Também os aspectos positivos das entrevistas, as maiores facilidades encontradas nos questionários,

situações constrangedoras, etc. eram expressas pela entrevistadora nestas reuniões semanais.

A bolsista não atuou na supervisão de escritório.

- *Marisa Alves Lacerda*

A bolsista participou aplicação de questionários em Belo Horizonte e em Recife. Durante o treinamento foi orientada a proceder exatamente da mesma maneira que as demais entrevistadoras: receber o material da supervisora, conferi-lo e, em conjunto com as demais integrantes de sua equipe ir a campo. As entrevistas deveriam ser feitas e repassadas para a supervisão de campo para conferência.

Nestas reuniões, a bolsista procurava discutir os problemas ocorridos durante o trabalho de campo, visando socializar as questões levantadas e criar procedimentos padronizados para recorrências. Estes encontros também eram percebidos pela a bolsista como um momento de desabafo e assim como as demais entrevistadoras, ela contava ao restante do grupo as situações inusitadas por ela vivenciadas, nem sempre agradáveis ou divertidas.

A bolsista participou da supervisão de escritório no município de Recife, onde era responsável pela organização e liberação do material necessário para campo, pelo controle de saída e retorno dos questionários, pela rechecagem dos questionários concluídos e pela solicitação de correção daqueles apresentavam problemas.

- *Nathália C. de Andrade*

A bolsista não atuou como entrevistadora, permanecendo no escritório e prestando auxílio em atividades burocráticas, tais como distribuição e conferência de questionários nas pastas a serem repassadas para supervisoras de campo, compra de material de escritório necessário, repasse de passagens de ônibus para entrevistas agendadas para horários não convencionais.

A bolsista não participava das reuniões da equipe, dado que as mesmas ocorriam, geralmente, no mesmo horário de suas aulas.

A bolsista não atuou na supervisão de escritório.

- *Simone Maria dos Santos*

A bolsista não atuou na aplicação de questionários.

Assim como as demais integrantes da equipe, a bolsista, enquanto em Belo Horizonte, participava das reuniões para relatar as experiências vivenciadas no dia a dia do trabalho de campo. A referida bolsista atuou durante uma semana como supervisora de campo em Belo Horizonte, assumindo, em seguida, a supervisão do trabalho em Recife. Como supervisora

de campo nos dois municípios, Simone era responsável pela distribuição do material às entrevistadoras e conferência do mesmo quando as entrevistadoras retornavam do campo. Além disso, como supervisora de campo também era papel da bolsista manter sempre uma relação amistosa e sincera com as entrevistadoras, tentando resolver os problemas que surgiam no trabalho diário de campo e, quando não conseguia solucioná-los com a equipe, Simone deveria encaminhar a situação para a coordenação geral do projeto, que, em conjunto com a supervisora, procurava uma solução para o problema.

A bolsista não atuou na supervisão de escritório.

- *Yone Maria Gonzaga*

A bolsista não atuou como entrevistadora. Ela permaneceu na equipe de escritório.

Como integrante de equipe de escritório, a bolsista era responsável por apresentar relatórios do andamento das atividades de sua equipe, informando a coordenação geral a respeito do número de setores visitados pelas entrevistadoras, do número de entrevistas completas conquistados na semana, da quantidade de pendências que a equipe possuía e do planejamento para fechar entrevistas agendadas ou pendentes.

Como supervisora de escritório, a bolsista era responsável por receber e conferir, diariamente, todo o material de campo. Cada questionário entregue pela supervisora da equipe deveria ser lido pela bolsista, a qual, ao encontrar alguma incoerência ou erro de preenchimento no mesmo deveria retorná-lo para a supervisora de campo para as devidas correções.

- *Marília Goreth da Silva*

A bolsista atuou como entrevistadora por um curto período de tempo, passando em seguida para o papel de supervisora de equipe em Belo Horizonte.

Assim como as demais supervisoras de campo, as reuniões eram utilizadas pela bolsista para relatar as dificuldades encontradas no trabalho de campo durante a semana, as estratégias empregadas para solucioná-las e as dúvidas existentes.

Com a ida da bolsista Simone Santos para Recife, Marília Silva assumiu o papel de supervisora de uma das equipes que atuavam no município de Belo Horizonte. Como supervisora, a bolsista era responsável em organizar a rota das entrevistas, fazer visitas, corrigir questionários e ser um veículo de comunicação entre a equipe de escritório e a equipe de campo.

A bolsista não atuou na supervisão de escritório.

2.5.8. Avaliação

Com relação ao objetivo geral de treinar e qualificar os bolsistas na realização de uma pesquisa de campo, esta atividade foi realizada com sucesso. O trabalho de campo exige, por um lado, uma aderência rigorosa aos procedimentos definidos na etapa de organização e uma compreensão adequada da estruturação da operação. Por outro lado, requer maleabilidade e capacidade de improvisação, na medida em que a realidade e os problemas encontrados na aplicação dos questionários e no controle da qualidade das informações levantadas raramente se conformam dentro dos limites de um treinamento, por mais bem feito que este tenha sido. As situações não previstas no treinamento são freqüentes e, nestas ocasiões, a capacidade de cada um, dadas os requerimentos éticos e operacionais básicos, é continuamente testada. Acrescente-se que a atividade de campo tem um alto custo e deve-se procurar cumprir os prazos definidos.

Neste sentido, os bolsistas, além de participantes ativos, sentiram-se também responsáveis pela qualidade e sucesso desta atividade e, por conseguinte, de todo o projeto, na medida em que todos vivenciaram e apreenderam a complexidade e a dificuldade da operação de campo. A supervisoras de campo tiveram que administrar a logística da aplicação do questionário nos setores censitários da amostra como também nos deslocamentos entre setores, tiveram que realizar o controle de qualidade do trabalho das entrevistadoras, bem como garantir a segurança e as boas condições de trabalho das mesmas, tiveram que fazer a conexão diária com a equipe de escritório e tiveram que participar de reuniões semanais com a coordenação do projeto.

Na medida em que a tarefa foi evoluindo, os problemas, comuns e freqüentes nesta atividade, iniciaram-se. Em primeiro lugar, as bolsistas supervisoras tiveram que solucionar os conflitos surgidos entre as entrevistadoras, uma das quais teve que ser desligada da pesquisa. Em segundo lugar, várias entrevistas tiveram que ser marcadas à noite, no final de semana ou tiveram que ser efetuadas no local de trabalho da selecionada. Caso a área marcada, pela selecionada, para a entrevista oferecesse qualquer tipo de risco para a entrevistadora, a supervisora ou a coordenadora operacional a acompanhava. Em terceiro lugar, o acesso a domicílios sorteados em alguns setores censitários, principalmente os de bairros de classe média alta, foi problemático. Nestes casos, a supervisora incumbia-se de ajudar a entrevistadora. Por fim, a supervisora deveria estar constantemente ao alcance das entrevistadoras e da coordenação do projeto, via telefone celular.

Todos estes obstáculos foram solucionados a contento, não somente pela capacidade individual demonstrada por cada uma delas, mas também por que a supervisão de campo, por ser composta por bolsistas do projeto, já veteranos das atividades de arrolamento e testes do questionário, tinha uma idéia clara da importância de se conseguir realizar as entrevistas nos

domicílios sorteados. Ademais, a supervisão de campo demonstrou completo domínio do questionário na tarefa de controle da qualidade das informações levantadas.

É importante ressaltar que duas entrevistadoras recrutadas, Nancy Papini e Marília Goreth, assumiram a supervisão de campo no momento em que as bolsistas Simone Santos e Elizângela Braga foram deslocadas para acompanhar o trabalho em Recife. Não houve descontinuidade no ritmo nem na qualidade do trabalho, o que é um indicador positivo, tanto da capacidade e profissionalismo destas recrutadas, quanto da qualidade do planejamento e do treinamento oferecidos.

Os bolsistas envolvidos na supervisão de escritório também demonstraram um envolvimento completo com a atividade e eficiência na realização de suas tarefas, garantindo o ritmo e a qualidade do trabalho. O controle e o suprimento do material utilizado em campo dependeu deles, assim como uma segunda rodada de verificação de consistência das informações presentes nos questionários aplicados. Além disso, eles incumbiram-se da organização, nas dependências do projeto, dos questionários completos, de forma que se pudesse monitorar a operação de campo, acompanhar a cobertura dos setores censitários, avaliar o número de entrevistas completas e projetar o tempo necessário para o término do campo.

Da mesma forma que a supervisão de campo, o fato destes bolsistas também terem o domínio sobre o processo global e sobre o questionário, em particular, além de terem o conhecimento do papel de cada membro e a noção exata da importância da coleta de dados e da boa qualidade do mesmos, permitiu uma excelente interação com as supervisoras de campo e a sincronização, em termos de ritmo e qualidade, de todo o processo. Apesar de não terem participado do trabalho de campo *in loco*, por restrições pessoais, no caso das mulheres, ou limitações metodológicas, no caso dos homens, consideramos que o envolvimento no processo como um todo também permitiu a estes bolsistas a capacitação efetiva com relação a esta atividade, na medida em que eles também eram responsáveis pelo sucesso de suas respectivas equipes.

Portanto, consideramos que todos os bolsistas foram treinados e estão plenamente qualificados para participar de trabalhos de campo, qualquer que seja o projeto e seus objetivos.

Com o objetivo de orientar e ajudar na resolução dos problemas encontrados e fortalecer os elos de toda a estrutura da operação, foram realizadas reuniões semanais com as supervisões e quinzenais com toda a equipe, inclusive com as entrevistadoras recrutadas. Nestas reuniões, incentivava-se o compartilhamento das experiências individuais, tanto profissionais quanto pessoais, de todo e qualquer membro, de forma que toda a equipe pudesse incorporar as soluções bem sucedidas ou colaborar para que estas fossem encontradas.

Dado que os trabalhos de campo em pesquisas amostrais têm um alto custo físico e psicológico para os seus participantes, estas reuniões foram cruciais para manter elevado o moral de todas. Neste sentido, o compartilhamento das experiências e dificuldades, principalmente entre as entrevistadoras e as supervisoras de campo, produzia um sentido de conjunto e de time e tinha o efeito de demonstrar que os problemas econtrados eram, via de regra, comum a todas, ou seja, não havia ninguém menos capaz do que ninguém e nenhuma estava empenhando-se menos do que as demais. Estas reuniões contribuíram para o desenvolvimento de um pronunciado senso participativo, que refletiu-se na disponibilidade das entrevistadoras e supervisoras em realizar entrevistas à noite e nos finais de semana, em todas as áreas do município de Belo Horizonte, inclusive em áreas de risco. Refletiu-se, também, no fato de que houve apenas uma desistência de entrevistadora, ainda no início do campo, e um desligamento, por motivos pessoais. Fora isto, não houve nenhum problema de falseamento de informações ou de postura ética.

A despeito da cuidadosa preparação para o trabalho de campo e da alta capacidade revelada pelos participantes, deparamo-nos com um alto índice de recusas. A amostra inicial selecionou vinte e dois domicílios em cada setor censitário sorteado, em um total de setenta setores, ou seja, 1.540 domicílios a serem visitados, visando 1.200 entrevistas completas. Ao final de dois meses de trabalho, verificamos um percentual de 60% de questionários completos, o que apontava para um total de 924 questionários. Diante deste fato, e juntamente com o estatístico responsável pela amostragem, decidimos efetuar uma amostra complementar. Esta decisão foi justificada pela prioridade em obter dados representativos do universo pesquisado, de forma que garantíssemos os recortes por condição sócio-econômica e raça/cor.

Desta forma, foram sorteados mais 7 domicílios em cada um dos 70 setores censitários pesquisados. Esta complementação foi feita com sucesso, pois atingimos um total de 1.301 questionários completos em Belo Horizonte. No entanto, esta decisão implicou em uma extensão do prazo de execução da pesquisa de campo, inicialmente prevista para dois meses e meio, e no aumento dos custos desta atividade.

2.5.9. Recife

Conforme discutido na seção 1.1, além de Belo Horizonte, o município de Recife também foi pesquisado. Para que a pesquisa fosse realizada em Recife, estabeleceu-se um convênio entre a organização não-governamental SOS Corpo, Gênero e Cidadania e o Cedeplar. Ana Paula Portella, responsável pelo setor de pesquisas do SOS Corpo, ficou encarregada de liderar e coordenar o trabalho de campo em Recife. O trabalho de campo em Recife ocorreu entre 20 de maio e 18 de

outubro de 2002

O SOS Corpo foi envolvido desde o início das atividades de preparação de campo, a partir da etapa de amostragem, uma vez que elas iam ter que fazer o arrolamento, ou seja, tiveram que montar uma equipe para o arrolamento. Assim, o SOS Corpo recebeu a lista de setores censitários sorteados, fez a listagem dos domicílios particulares permanentes nestes, procedeu à sua digitação e retornou estas informações para a coordenação do projeto SRSR, que efetuou o sorteio dos domicílios a serem visitados. De posse da lista de domicílios selecionado, o SOS Corpo estava apto a dar início à operação de campo.

Para efetivamente implementar este trabalho em Recife, foi enviado, via aérea, todo o material para o SOS Corpo, isto é, 1540 questionários, etiquetas, manual da entrevistadora, check list, planilha de monitoramento do setor censitário, planilha de controle de escritório e roteiro de observação de entrevistas. Além da participação no processo de implementação da pesquisa, o SOS Corpo tratou de revisar todo o material enviado pelo programa SRSR, de forma que se verificasse a necessidade, e se executasse, as adaptações necessárias nos procedimentos, de acordo com a realidade local. Ao mesmo tempo, o SOS Corpo montou a equipe para o trabalho de campo.

Com o objetivo de emprestar a experiência já adquirida, tanto no planejamento da operação de campo, quanto na execução do mesmo, à equipe do SOS Corpo, decidiu-se enviar bolsistas para auxiliarem na tarefa de listagem dos domicílios dos setores censitários sorteados em Recife, no treinamento das entrevistadoras, na operação de campo e na supervisão de escritório. Esta decisão justificou-se pela necessidade de garantirmos a compatibilidade dos resultados.

A bolsista Simone Santos permaneceu em Recife de 10 de abril a 20 de julho de 2002. Como supervisora de campo em Recife, a bolsista foi responsável, em conjunto com a equipe local, pela elaboração do cronograma do trabalho. Considerando a experiência que ela e as outras bolsistas de Belo Horizonte possuíam, Simone Santos também participou da etapa de arrolamento dos domicílios no município, orientando e procurando esclarecer as dúvidas da equipe local. Simone Santos também desenvolveu atividades de escritório, auxiliando as demais integrantes da equipe na organização do material a ser utilizado no campo.

As bolsistas Marisa Lacerda e Elizângela Braga estiveram em Recife de 14 de abril a 31 de maio de 2002. Junto com outras duas integrantes do projeto, coube a Elizângela Braga atuar no arrolamento dos setores e auxiliar Marisa Alves Lacerda nas atividades de escritório, que consistiam em organizar os materiais que saíam e retornavam do campo, rechecando os questionários entregues pelas supervisoras à equipe de escritório. Além disso, por motivo de doença, Elizângela substituiu Simone Santos seu papel de supervisora de campo. Em conjunto com

a equipe local, a bolsista estabeleceu um calendário de atividades, estipulando datas para cada etapa de trabalho, começando pelo arrolamento dos setores censitários, do qual ela participou parcialmente, durante os sábados, dando apoio à equipe responsável por esta atividade. A bolsista foi responsável pela digitação dos dados coletados no arrolamento, os quais foram utilizados para sorteio da amostra domiciliar. Dada sua experiência em Belo Horizonte, a bolsista utilizou materiais idênticos para realização de todas as tarefas, facilitando, assim, a comparabilidade das atividades desenvolvidas em ambos municípios.

Marisa Lacerda também auxiliou no treinamento das entrevistadoras e foi responsável por organizar e coordenar as atividades de escritório, controlando a entrada e saída de material e rechecando os questionários concluídos. Também coube a bolsista, antes de retornar para Belo Horizonte, treinar substitutas para desempenhar as atividades que vinha realizando. Marília Goreth permaneceu em Recife de 23 de julho a 18 de outubro de 2002, substituindo as bolsistas Elizângela e Marisa.

Apresentamos, a seguir, as atividades desenvolvidas pelo SOS Corpo durante o período do convênio.

DEZEMBRO 2001	
Seleção de Pesquisadoras	
	Pré-seleção a partir de análise do cadastro de pesquisadoras do SOS Corpo
Coordenação de Pesquisa	
	Acompanhamento das definições do processo de amostragem
	Negociação da parceria com Cedeplar
	Definições a respeito do processo de trabalho
JANEIRO E FEVEREIRO 2002	
Seleção de Pesquisadoras	
	Contatos telefônicos com pesquisadoras
	Análise de currículos de entrevistadoras
	Formação das equipes de listagem de domicílios e campo
Coordenação	
	Acompanhamento das revisões do questionário
	Revisão e adaptação de planilhas de campo
	Acompanhamento das definições do processo de amostragem
	Definições a respeito do processo de listagem de domicílios
	Organização do diretório da pesquisa na rede interna de computadores
Listagem de Domicílios	
	Impressão e fotocopiagem de mapas e planilhas
	Organização das pastas por setores
	Identificação e marcação da orientação dos percursos
	Numeração de quadras e faces por setor censitário
MARÇO 2002	
Coordenação	
	Acompanhamento das revisões do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido

	Revisão e adaptação de planilhas de campo
Listagem de domicílios	
	Impressão e fotocopiagem de mapas e planilhas
	Organização das pastas por setores
	Identificação e marcação da orientação dos percursos
	Numeração de quadras e faces por setor censitário
Administração	
	Organização do escritório: compra e organização do material de expediente, arrumação das salas de pesquisa
ABRIL 2002	
Listagem de Domicílios	
	Treinamento das batedoras
	Início da operação de listagem
	Acompanhamento do sorteio dos domicílios
Coordenação	
	Acompanhamento diário da operação de listagem
	Revisão e envio das planilhas de domicílios para BH
	Preparação da equipe de BH: discussões técnicas, reuniões de trabalho e acompanhamento das atividades no escritório e no campo
	Análise do questionário para identificação de eventuais problemas e propostas de solução para o trabalho de campo
	Planejamento do trabalho de campo
	Estruturação da logística de campo
	Planejamento e preparação do treinamento da equipe
MAIO 2002	
Coordenação	
	Planejamento e preparação do treinamento da equipe
	Treinamento da equipe
	Acompanhamento do sorteio dos domicílios
	Planejamento do trabalho de campo
	Estruturação da logística de campo
Preparação do Campo	
	Aquisição e organização de material de campo
	Estruturação das equipes
	Definição das funções e atribuições de supervisoras, coordenadoras e revisora de escritório
	Numeração, etiquetagem e pré-preenchimento dos questionários
	Preparação e impressão das cartas de campo
INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (20/05/2002)	
Administração	
	Intermediação das relações entre Cedeplar e contratadas/os: entrevistadoras e empresa de transporte
Coordenação	
	Supervisão geral do trabalho
	Reuniões semanais com toda a equipe
	Acompanhamento direto às supervisoras e revisoras
	Digitação das planilhas de controle de campo
	Análise e apresentação semanal do desempenho de campo
	Contatos com a coordenação nacional
	Revisão de questionários selecionados
	Checagem e revisão semanal das planilhas de supervisão e de escritório
	Seleção dos questionários para rechecagem
	Preparação do material para ser enviado a BH
	Acompanhamento e resolução diária de problemas logísticos e técnicos do

	trabalho no campo
	JUNHO A 18/10/2002
Administração	
	Intermediação das relações entre Cedeplar e contratadas/os: entrevistadoras e empresa de transporte
Coordenação	
	Supervisão geral do trabalho
	Reuniões semanais com toda a equipe
	Acompanhamento direto às supervisoras e revisoras
	Digitação das planilhas de controle de campo
	Análise e apresentação semanal do desempenho de campo
	Contatos com a coordenação nacional
	Revisão de questionários selecionados
	Checagem e revisão semanal das planilhas de supervisão e de escritório
	Seleção dos questionários para rechecagem
	Preparação do material para ser enviado a BH
	Acompanhamento e resolução diária de problemas logísticos e técnicos do trabalho no campo
	Encerramento dos trabalhos e preparação de relatório final e financeiro

Como no caso de Belo Horizonte, o número de questionários completos nos primeiros dois meses de trabalho de campo apontavam para um número abaixo dos mil e duzentos almejados. Com uma taxa de questionários completos em torno de 60%, reflexo principalmente da dificuldade em abrir domicílios nos setores censitários dos bairros de classe média alta, decidiu-se, como já mencionado, realizar a amostra complementar também em Recife. Ao contrário do caso de Belo Horizonte, no qual adicionamos sete questionários por setor, em Recife adicionamos apenas quatro, devido ao fato de que já estávamos adiantados no calendário e já estávamos trabalhando na codificação dos questionários de Belo Horizonte. No entanto, consideramos a suplementação da amostra bem sucedida, uma vez que obtivemos 1.107 questionários completos em Recife.

2.6. Tratamento e Processamento dos Dados

2.6.3. Período

Agosto a novembro de 2002.

2.6.4. Objetivos

Com os dados coletados, a atividade seguinte objetivava o tratamento e o processamento das informações, de forma que estasfossem codificadas, transferidas para meio eletrônico e, assim, pudesse ter a sua consistência verificada. Com isto, os bolsistas completariam o ciclo de uma

pesquisa de campo, antes de iniciarem a análise dos dados. O tratamento e processamento dos dados é uma tarefa importante, pois durante a codificação tem-se a oportunidade de realizar-se uma última rodada de checagem dos questionários.

Neste sentido, a primeira tarefa desta atividade consiste em criar um livro de códigos para descrever todas as questões do questionário, bem como suas opções de resposta, e relacioná-las com as variáveis que vão ser criadas no banco de dados. De posse do livro de códigos, padroniza-se os procedimentos de codificação. Esta, por sua vez, tem o objetivo de facilitar e tornar mais precisa a tarefa de digitação dos dados. Isto por que os digitadores não devem despender tempo localizando as questões no questionário e identificando a opção resposta marcada.

Além disso, é necessário a utilização de um programa de computador específico para a entrada de dados. Portanto, nesta etapa, o programa SRSR instruiu os bolsistas nos procedimentos necessários à elaboração do livro de códigos (Ver ANEXO III - Item 3) e codificação dos questionários, além de treiná-los na utilização do Epi-Info, programa desenvolvido pelo Center for Disease Control, dos EUA, e disponível no endereço www.cdc.gov. Atualmente, este programa é o mais acessível, simples e flexível do mercado, podendo ser baixado, gratuitamente e juntamente com todas as instruções para a sua utilização, a partir de qualquer computador com conexão de internet.

2.6.5. Material

2.6.5.1. Livro de Códigos

Ver Anexo V - Item 1

2.6.6. Descrição da atividade

Coordenados por Lizandro Nei Gualberto, os bolsistas elaboraram o livro de códigos, a partir do questionário. Esta tarefa consistiu em listar os quesitos e suas respectivas opções de resposta, denominar a variável, para o banco de dados, referente a cada quesito, definir o formato desta variável (numérico, caracter, data) e padronizar códigos para respostas não declaradas ou imprecisas.

Uma vez criado este dicionário dos dados, os bolsistas iniciaram a tarefa de codificação. Foram codificados de forma completa todos os questionários cuja entrevista foi completada. Nos demais, foram codificado apenas a seção de caracterização do domicílio. A codificação,

propriamente dita, consistiu em escrever, com caneta colorida e de forma bem visível, no lado direito da questão, a resposta encontrada no quesito e conferir se os pulos assinalados no questionário foram obedecidos.

Nos casos em que a resposta especificada já tivesse código definido, este era registrado. Se a resposta especificada for sinônimo ou correlato ao que já estava no dicionários dados, esta era anotada no mesmo e codificada no questionário. Finalmente, se a resposta fosse nova, ainda não registrada, e nem coubesse, por analogia, aos códigos já definidos, registravasse na ficha de ocorrências o setor, o questionário, a variável, e a resposta escrita para posterior averiguação. Estas ocorrências foram especialmente freqüentes nas opções de resposta "Outro/a". Os bolsistas utilizaram uma única ficha de ocorrências, preenchida no momento em que aparecem respostas não encontradas e uma cópia do livro de códigos. Este, portanto, era atualizado à medida que os codificadores, na medida em que novas respostas eram apareciam.

Assim, os bolsistas procederam a um processo iterativo, no qual o livro de códigos foi sendo expandido na medida em que respostas novas iam surgindo. Ao final de todos os questionários codificados, foi decidido pela abertura de novas opções de resposta, caso alguma resposta se mostrasse quantitativamente importante.

Nesse ínterim, os bolsistas fizeram o curso de Epi-info, ministrado pelo Prof. André Junqueira Caetano (Item II, sub-item 2.10). Esta atividade de ensino foi, em verdade, uma tarefa prática realizad no laboratório de computação científica do Cedeplar e baseada do questionário. Para introduzi-los na manipulação deste programa, utilizamos o próprio questionário SRSR. Assim, os bolsistas iniciaram a criação da máscara de entrada de dados já durante o curso. Coube a eles introduzir as opções de resposta e escreveram os programas internos relativos às respostas aceitáveis, pulos e verificação de consistência.

Para esta tarefa, os bolsistas foram divididos em duplas. Cada dupla ficou incumbida de trabalhar uma parte do questionário.

2.6.7. Participação dos bolsistas

- *Andréa Branco Simão*

Na etapa da elaboração do livro de códigos a bolsista participou de reuniões com toda a equipe para discussão a respeito dos procedimentos que deveriam ser utilizados. Após esta fase, a bolsista participou da codificação dos questionários. O trabalho de codificação teve início em meados de setembro. Nesta etapa, a bolsista mantinha contatos diários com a equipe para discutir as dúvidas encontradas durante a codificação de algumas questões.

Juntamente com outra integrante do projeto, no início do processo de codificação, a bolsista participou do curso de introdução ao software de análise de dados, denominado *SPHINX*.

O trabalho de elaboração da máscara ocorreu posteriormente ao curso de introdução ao EpiInfo, o que facilitou o manuseio do programa. No decorrer do processo, a bolsista apresentou dúvidas em relação ao programa e a máscara, as quais foram discutidas com a coordenação do projeto e com todos os membros da equipe. Posteriormente, em conjunto com as demais bolsistas, Andréa participou dos testes de entrada de dados para verificar a precisão da máscara criada e analisar os problemas que poderiam surgir.

- *Beatriz de Castro Filgueiras*

Nesta etapa, a bolsista se reuniu com toda a equipe para a elaboração e digitação do livro de códigos, o qual serviu de base para o processo seguinte: o de codificação dos questionários. Em conjunto com outras pessoas da equipe, a bolsista foi responsável pela codificação de uma pequena amostra dos dados, a qual serviu para antecipar algumas adequações e correções que iriam se fazer necessárias. No início dos trabalhos de codificação, a bolsista teve a oportunidade de participar de um curso introdutório ao software de análise de dados, denominado *SPHINX*.

Antes de iniciar os trabalhos de elaboração, programação e teste da máscara, a bolsista participou de cursos introdutórios ao Epi-Info 2000, onde foi apresentado como se produz e programa uma máscara, de um curso de análise de dados e de uso do programa SPSS. Durante a criação da máscara, vários testes foram feitos, do qual a bolsista participou ativamente, para verificar os procedimentos para entrada de dados.

- *Cláudio Santiago Dias Júnior*

O bolsista não participou desta etapa do projeto dado que já estava desvinculado do mesmo.

- *Elizângela Aparecida Braga*

Em conjunto com as demais integrantes do projeto, a bolsista participou ativamente da etapa de codificação dos dados. Nesta fase, cada bolsista ficou responsável por um determinado número de pastas e, seguindo o livro de códigos construído em um momento anterior, deveria assinalar com uma caneta rosa, a resposta dada pela entrevistada no lado direito da questão.

A construção da máscara e teste dos dados consistiu de uma série de exercícios, dos quais a bolsista participou.

- *Júnia Valéria Quiroga da Cunha*

A bolsista entrou para o projeto em agosto de 2002. Sendo assim, a codificação foi a

primeira tarefa da qual participou. Nessa etapa, o trabalho da bolsista consistia em anotar ao lado da resposta dada pela entrevistada, o código que foi atribuído a essa resposta no livro de códigos. Isso foi feito em todos os questionários que foram a campo tanto em Belo Horizonte como em Recife.

A bolsista, em conjunto com as demais, participou de dois mini-cursos preparatórios para essa etapa. No primeiro, Júnia Quiroga teve a oportunidade de aprender as primeiras noções de utilização do *software* Epi-info e conhecer o processo em torno da criação das máscaras. O segundo mini-curso do qual a bolsista participou se concentrou na introdução da análise de dados quantitativos explorando as potencialidades do programa. A noção introdutória transmitida nos cursos pôde ser exercitada quando trabalhamos na elaboração da máscara. As seções do questionário foram divididas entre duplas de bolsistas. Cada dupla ficou responsável por inserir na máscara o formato das variáveis de "suas" seções.

- *Leonardo Turchi Pacheco*

O bolsista não participou desta atividade, dado que havia pedido desligamento do mesmo.

- *Lizandro Nei Gualberto*

O bolsista em questão foi responsável pela criação do que seria o primeiro modelo do livro de códigos. Junto com os demais bolsistas, Lizandro Gualberto completou o documento, o qual necessitou de pequenos ajustes quando a etapa de codificação foi iniciada. Quando o processo de codificação foi iniciado, o bolsista criou um apêndice do livro de códigos chamado de "dicionário de sinônimos", onde se encontravam "sinônimos" para as respostas abertas que possuíam muitas alternativas que queriam dizer a mesma coisa.

Após o curso de Epi Info, o bolsista criou modelos para o check dos valores digitados e a seqüência dos pulos. Assim como os outros bolsistas, nesta etapa Lizandro Gualberto trabalhou em conjunto com um outro membro da equipe para testar a entrada de dados na máscara criada e para discutir questões que surgiam.

- *Luciana Crivellari Dulci*

A bolsista não participou desta etapa da pesquisa, dado que não estava mais vinculada à mesma.

- *Maria Ângela de Araújo*

Nesta etapa, a bolsista ajudou na elaboração do livro de códigos e na codificação dos questionários, marcando do lado direito de cada resposta o código a ela atribuído no livro de códigos elaborado pela equipe.

Como as demais bolsistas, Maria Ângela participou de um curso básico para

reconhecimento do Epi-Info e outro de SPSS. No curso de SPSS a bolsista pode ter um contato inicial com um banco de dados e aprendeu sobre os possíveis cruzamentos de variáveis. No curso de Epi-Info, a bolsista fez um pré-teste utilizando questionários da pesquisa. Em conjunto com os outros bolsistas do projeto, Maria Ângela participou da programação da máscara.

- *Marisa Alves Lacerda*

Nesta fase, a bolsista auxiliou na montagem do livro de códigos. No processo de codificação, Marisa Lacerda ficou responsável, assim como as demais, pela codificação dos questionários de Belo Horizonte e Recife. A bolsista era responsável por retornar aos questionários já codificados para correção, quando surgia a necessidade de alterar a codificação de alguma questão, de forma a adaptá-la às novas – e muitas vezes inusitadas – respostas que a todo tempo apareciam.

Nesta etapa da pesquisa, a bolsista participou dos cursos básicos de Epi-Info 2000 e de SPSS, para que pudesse compreender como se monta um banco de dados. Como as demais bolsistas, Marisa trabalhou com uma de sus colegas para testar a entrada de dados. Os testes consistiam, basicamente, em selecionar um questionário e digitá-lo, utilizando a máscara criada pela equipe e verificar os problemas que surgiam e discuti-los com a equipe, sempre na busca de uma solução.

- *Nathália C. de Andrade*

A bolsista não participou desta etapa da pesquisa, dado que não estava mais vinculada à mesma.

- *Simone Maria dos Santos*

Assim como as demais bolsistas, Simone Santos participou da elaboração do livro de códigos e do processo posterior de codificação dos questionários dos municípios de Recife e Belo Horizonte.

Em conjunto com os demais integrantes da equipe, a bolsista Simone Santos participou de cursos introdutórios (Epi-info e SPSS) para compreender melhor como ocorre a criação de uma banco de dados e as potencialidade e limitações de cada programa. Também em conjunto com uma outra colega, a bolsista pré-testou a entrada de dados utilizando questionários da pesquisa. Em seguida, as dificuldades e problemas surgidos foram discutidos com toda a equipe.

- *Yone Maria Gonzaga*

A bolsista não participou desta atividade por estar em licença maternidade.

2.6.8. Avaliação

Esta atividade completou as tarefas de campo e a capacitação em pesquisa dos bolsistas. Nesta etapa, eles tiveram oportunidade de avaliar os resultados do campo ao verificarem os questionários prontos, durante a codificação. Mas uma vez, eles vivenciaram a complexidade e a necessidade de planejamento e organização em uma pesquisa de campo. Apesar das várias rodadas de rechecagem durante o levantamento, os questionários completos ainda apresentam problemas e respostas não esperadas são encontradas. Além disso, a tarefa de codificação é fundamental para uma digitação expedita e eficiente, sob pena de termos, com o banco de dados pronto, retornar aos questionários para corrigir eventuais disparidades.

De qualquer forma, os bolsistas completaram com sucesso a etapa de tratamento e processamento dos dados. A digitação foi contratada a terceiros, finalmente, ao final de dois anos de dedicação intensa e trabalho árduo, os bolsistas tinham em mãos o banco de dados finalizado. Ressalte-se que o sentimento geral foi de satisfação, uma vez que os bolsistas tiveram participação ativa e responsabilidade em todas as etapas do projeto, tomando parte na proposição de metas, nas decisões metodológicas e na resolução dos problemas encontrados. Em suma, todos tiveram a satisfação de terem em mãos um produto importante de um grande trabalho de equipe.

Mas não havia terminado. O banco de dados foi enviado ao estatístico responsável pela amostragem, Prof. Pedro Luís Nascimento Silva, que tratou de calcular os pesos individuais. Nesse meio tempo, os bolsistas realizaram a verificação de consistência dos dados, na medida em que iniciaram a análise dos mesmos com vistas a elaborar seus trabalhos finais.

IV) ANÁLISE DOS DADOS E RELATÓRIOS DOS BOLSISTAS

3.1. Introdução

A partir dos conhecimentos obtidos durante os cursos oferecidos no Módulo I, que constituiu a etapa de ensino, e também do curso oferecido pela pesquisadora Taís de Freitas Santos, "Curso Introdutório sobre Análise de Dados Quantitativos", além dos conhecimentos adquiridos por meio do trabalho de campo, cada bolsista selecionou o tema de sua preferência e elaborou um trabalho final utilizando os dados coletados e organizados pela pesquisa. O autor e o título de cada trabalho está relacionado abaixo. Os trabalhos, em sua íntegra, são apresentados no Anexo IV deste relatório.

3.2. Bolsista Andréa Branco Simão

Caracterização do comportamento sócio-demográfico e reprodutivo de jovens brancas e negras de 15 a 29 anos em Belo Horizonte e Recife.

3.3. Bolsista Beatriz Filgueiras

Políticas públicas de planejamento familiar: proposta, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte.

3.4. Bolsista Elizângela Aparecida Braga

Uma análise da contracepção sob a ótica racial: a população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE em 2002.

3.5. Bolsista Júnia Valéria Quiroga

Raça e gênero como determinantes do comportamento preventivo entre mulheres casadas e unidas em Belo Horizonte e Recife.

3.6. Bolsista Lizandro Nei Gualberto

Conexões entre o comportamento contraceptivo, raça/cor e status da mulher em Belo Horizonte e Recife

3.7. Bolsista Maria Ângela Araújo

Educação, trabalho e casamento: uma análise exploratória sobre a ascensão social da mulher em Belo Horizonte.

3.8. Bolsista Marisa Alves Lacerda

Anticoncepção e Aids versus conhecimento e prevenção: um perfil das jovens brancas e

negras em belo Horizonte e Recife.

3.9. Bolsista Simone Santos

Mulheres brancas e negras em Belo Horizonte e Recife: um perfil demográfico e sócio-econômico.

3.10. Bolsista Yone Maria Gonzaga

(Licença maternidade)

V) CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As atividades desenvolvidas pelo programa de ensino e pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor são apresentados de forma sintética a seguir.

Atividades de Ensino:

- Mini-curso Relações de Gênero - 16 a 27 de julho de 2001;
- Mini-curso Tópicos em Reprodução Humana e Saúde Reprodutiva - 11 a 27 de julho de 2001;
- Mini-curso População e Saúde Reprodutiva - novembro de 2001 a abril de 2002;
- Demografia da Raça I - agosto a setembro de 2001;
- Demografia da Raça II - setembro a outubro de 2001;
- Amostragem Básica - setembro a novembro de 2001;
- Saúde Reprodutiva e Práticas Políticas - 03 a 07 de dezembro de 2001;
- Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia I - maio a julho de 2002;
- Métodos Qualitativos Aplicados à Demografia II - agosto a dezembro de 2002;
- Introdução ao Epi-info - Outubro de 2002;
- Curso Introdutório sobre Análise de dados Quantitativos - novembro de 2002.

Atividades de Pesquisa:

- Desenvolvimento do Instrumento de coleta de Dados - dezembro de 2001 a fevereiro de 2002;
- Arrolamento de domicílios:

  Belo Horizonte: fevereiro e março de 2002

  Recife: abril e maio de 2002;
- Organização e implementação do trabalho de campo: março de 2002;
- Trabalho de Campo:

  Belo Horizonte: abril a julho de 2002

  Recife: junho a setembro de 2002;
- Tratamento e Processamento de Dados - setembro a dezembro de 2002;
- Análise dos dados e elaboração dos trabalhos finais - janeiro a março de 2003.

VI) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abma, J., A. Driscoll, e K. Moore. 1998. "Young Women's Degree of Control Over First Intercourse: An Exploratory Analysis." *Family Planning Perspectives.* Vol. 30: pg. 12-18.

Ávila, Maria Betânia. 1993. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Estudos Feministas*, no 2, pp. 383-393.

Barcelos, Luiz Cláudio. 1992. "Educação: Um Quadro de Desigualdades Raciais," *Estudos Afro-Asiáticos*, *23*, 37-69.

BEMFAM. 1993. *Sexualidade na Adolescência: um estdo sobre jovens no município do Rio de Janeiro*, Sociedad Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), Departamento de Pesquisas Sociais (DEPES).

BEMFAM/DHS (1997). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996. Rio de Janeiro, Calverton, BEMFAM/DHS.

Berquó, Elza. 1994. "Esterilização e Raça em São Paulo," *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, *11*(1).

Berquó, E. (1995). A Saúde Reprodutiva das Mulheres na 'Década Perdida'. São Paulo, CEBRAP.

—. 1999. "Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil." in *Questões de Saúde Reprodutiva*, edited by Karen Giffin and Sarah Hawker Costa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Berquó, E. e S. Cavenaghi. The Impacts of the Voluntary Sterilization Law on Reproductive Rights of Men and Women. Annual meeting of the Population Association of America. Atlanta. May 9-12, 2002. p.

Caetano, A. J. Sterilization for Votes in the Brazilian Northeast: The Case of Pernambuco. (Ph.D.). Department of Sociology, University of Texas at Austin, Austin, 2000.

Caetano, A. J. Fertility transition and the diffusion of female sterilization in northeastern brazil: the roles of medicine and politics. XXIV Conferência da International Union for Scientific Study of Population (IUSSP). Salvador, 2001. p.

Caetano, André J., Paula M. Ribeiro e Cibele C. César. 2001. Sterilization and Race In Brazil: New Findings, In XXIV Conferência da International Union For Scientific Study Of Population (IUSSP), Salvador, 18-24 de Agosto de 2001.

Congresso Nacional. 1993. "Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil." Comissão Parlamentar de Inquérito: Relatório Final, Brasília.

Costa, Ana Maria. 1992. "O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada." Comissão de Cidadania e Reprodução, Brasília.

Dietrich, L. 1998. *Bitches, 'Hos,' and Schoolgirls.* Wesport, Connecticut: Praeger.
Galvão, Loren e Juan Díaz (org.). 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora

Hucitec/Population Council.

Galvão, L. e J. Díaz. 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.

Giffin, Karen e Sarah Hawker Costa (org.). 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Gras C. 2002. "Sexual Initiation and First Birth Among Brazilian Adolescents: Trends and Socialization Influences". UNC-Chapel Hill, Doctoral Dissertation.

Kaufmann, G. 1991. *Family Formation and Fertility in a Favela in Belo Horizonte, Brazil: An Analysis of Cultural and Demographic Influences.* Dissertation thesis. Exeter College, Oxford University, Oxford, England.

Kirby, Douglas. 2001. "Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking." *Family Planning Perspectives.* Vol. 33: 6. Pg. 276-281.

Lovell, Peggy. A. 1991. *Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo*. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR.

Luiz, Olinda do Carmo e Maria Teresa Citeli. 2000. "Esterilização Cirúrgica Voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: Organização e Oferta de Serviços, 1999." Relatório, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo.

Oliveira, Fátima. 1998. Oficinas Mulher Negra e Saúde. Belo Horizonte: Mazza.

Osis, Maria José M.D. 1998. "PAISM: um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil," *Cadernos de Saúde Pública*, *14*(1).

Perpétuo, Ignez H.O. e Simone Wajman. 1998 "Socioeconomic Correlates of Female Sterilization in Brazil," CICRED-ISUNAM seminar on Poverty, Fertility, and Family Planning, Mexico City, 2-4 June.

Perpétuo, Ignez H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 23-27 de outubro. Caxambu. 2-4 June, 2000. p.

Portella, A. P., C. M. Souza e S. Diniz. Not Like Our Mothers: Reproductive Rights and the Emergence of Citizenship among Rural Workers, Domestic Workers and Housewives. In: R. Petchesky e K. Judd (Ed.). In Negotiating Reproductive Rights. Women´s Perspectives across Countries and Cultures. London: Zed Books, 1998. Not Like Our Mothers: Reproductive Rights and the Emergence of Citizenship among Rural Workers, Domestic Workers and Housewives

Rebhun, L.A. 1999. *The Heart is an Unknown Country: Love in the changing economy of Northeast Brazil.* Stanford, California: Stanford University Press.

Serruya, S. *Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo*. Belém, PA: NAEA/UFPA/UEPA. 1996

Silver, Lynn D. 1999. Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para Avaliação dos Serviços de Saúde para Mulheres. In Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (org.). 1999.

Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Soares, Sergei S.A. 2000. "O Perfil da Discriminação no Mercado de Trabalho – Homens Negros, Mulheres Brancas e Mulheres Negras," *IPEA: Textos para Discussão nº 769*.

Sof - Sempreviva Organização Feminista. Esterilização Feminina. Série Saúde e Direitos Reprodutivos. São Paulo: SOF. 1 1994.

Telles, Edward E. e Nelson Lim. 1998. "Does it Matter Who Answers the Race Question? Racial Classification and Income Inequality in Brazil," *Demography*, *35*(4), 465-74.

UFMG/FACE/Cedeplar

VOLUME 3

SRSR – ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE REPRODUTIVA, SEXUALIDADE E COR/RAÇA

PAULA MIRANDA-RIBEIRO
ANDRÉ JUNQUEIRA CAETANO

Relatório Substantivo Final apresentado à Fundação Ford

Belo Horizonte, 08 de julho de 2003

ANEXO I - Item 1: Instruções de treinamento para o arrolamento

O Percurso do Setor

A partir do ponto inicial da descrição do percurso constante da descrição ou mapa do Setor, o pesquisador deve percorrer o Setor um quarteirão de cada vez, mantendo a área de trabalho sempre à sua direita, ou seja, **COM O OMBRO DIREITO JUNTO À PAREDE,** até atingir a última face do último quarteirão. Durante o percurso, o pesquisador deve listar todos os domicílios particulares permanentes, domicílios particulares improvisados, domicílios coletivos e outras unidades não domiciliares na ordem que forem encontrados no percurso. O ponto de reinício em cada quarteirão do Setor deve seguir a mesma posição do ponto inicial, via de regra na face externa do quarteirão, seguindo a linha limítrofe do setor.

Ao incluir uma unidade na folha de registro da listagem, classificar imediatamente esta unidade usando os códigos fornecidos no quadro 1, que devem ser anotados na coluna (5) da *Folha De Registro Da Operação De Listagem*.

Quadro 1 – Códigos de tipos de unidades registradas na operação de listagem

Código	Descrição
1	Domicílio particular permanente
2	Domicílio particular improvisado
3	Domicílio coletivo
4	Unidade não domiciliar

- Domicílios particulares permanentes: qualquer unidade domiciliar que sirva de moradia permanente aos seus moradores e que não esteja prestes a ser removida ou abandonada (favelas podem ter domicílios precários, mas permanentes);
- Domicílios particulares improvisados: barracas, tendas, lonas, habitações sob pontes e viadutos, acampamentos de sem-teto, etc.
- Domicílios coletivos: hotéis, pensões, hospitais, asilos, orfanatos, etc.
- Unidades não-residenciais: comércio, serviços, governo, etc.

A coluna (2) deverá ser numerada com o número do quarteirão e o número da face do quarteirão. Por exemplo, no primeiro quarteirão, primeira face, o número correspondente será 11.

A coluna (3) – logradouro – deve ser preenchida com o nome da avenida, rua, beco, travessa, etc.

A coluna (4) – número no logradouro – deve ser preenchida com o número da residência ou domicílio.

A coluna (5) – complemento – deve ser preenchida com a informação complementar para localizar o domicílio, por exemplo, número do apartamento. A coluna (5) também pode ser usado para indicações da batedora (descrições, marcações de pontos de referência, fundos 1, fundos 2,

etc) em caso de não haver outras informações disponíveis.

As colunas (6) – Número de Ordem, e (7) Domicílios Selecionados NÃO SERÃO preenchidas durante o percurso, mas no escritório. A coluna (6) será usada para numerar seqüencialmente OS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES (todas as outras unidades registradas não serão consideradas para fins dessa numeração). Nas linhas correspondentes aos domicílios particulares permanentes serão registrados na coluna (6) os respectivos números de ordem seqüenciais, iniciados em 1 a cada setor. Nas linhas correspondentes a outros tipos de unidades (domicílios improvisados, domicílios coletivos ou unidades não domiciliares) será marcado um traço horizontal.

Numerar os quarteirões do Setor em ordem crescente sempre em sentido horário a partir do quarteirão que contém o ponto inicial do Setor. Numerar os quarteirões no mapa do Setor antes de iniciar a listagem do mesmo.

A coluna (7) só será preenchida com a palavra SIM para os domicílios particulares permanentes que forem indicados como selecionados pela coordenação do projeto. A lista de domicílios particulares permanentes selecionados em cada setor será fornecida pela coordenação do projeto a partir da informação do número total de domicílios particulares permanentes encontrado em cada setor, e indicará precisamente os números de ordem dos domicílios selecionados para a operação de entrevista.

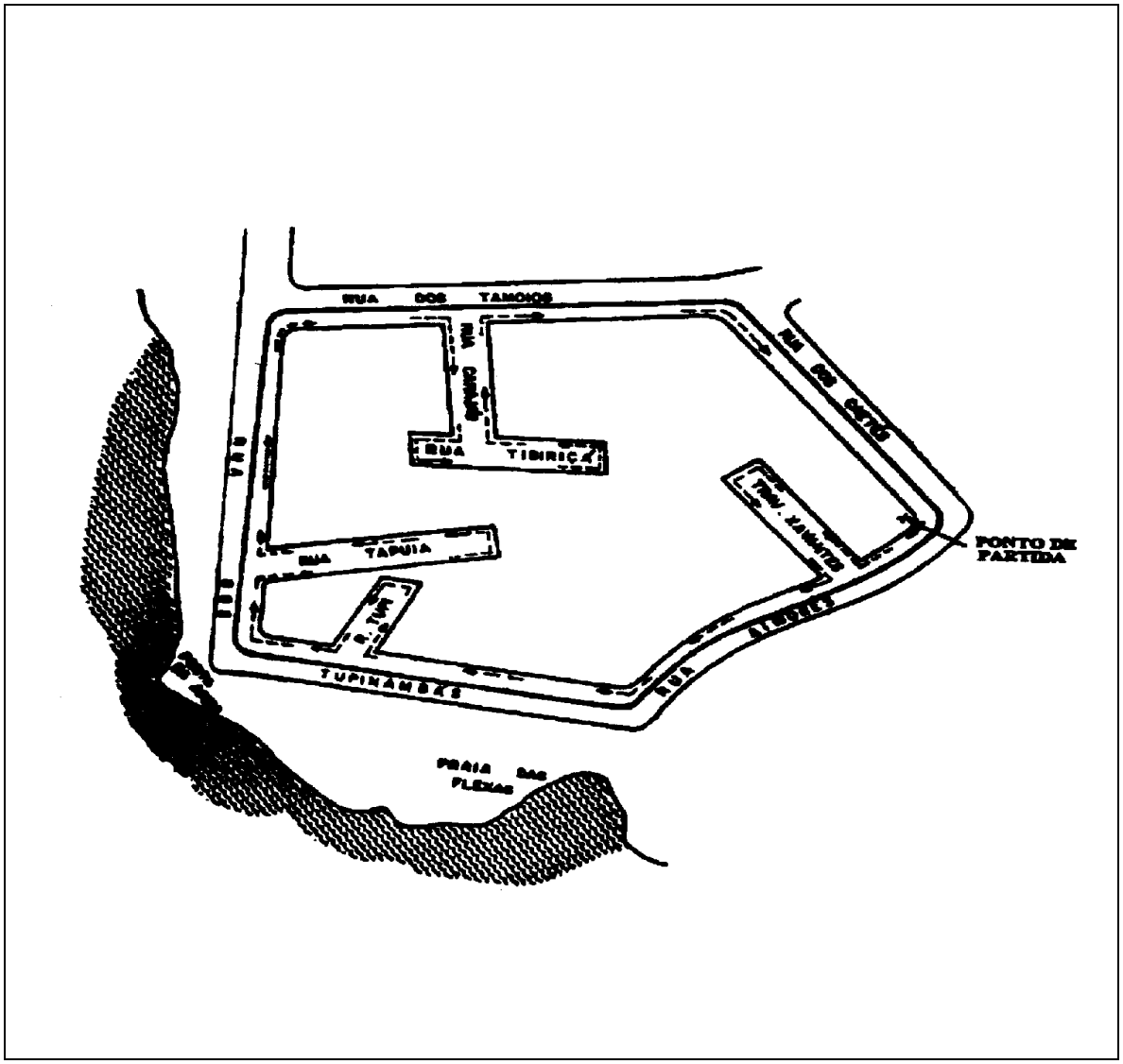
A cada mudança de face no quarteirão, preencha uma linha contínua na Folha de Registro da Operação Listagem, para demarcar a mudança de face do quarteirão. À medida que for desenvolvendo seu percurso, o pesquisador deve aproveitar para realizar um **levantamento de dúvidas**, visando solucioná-las com o Supervisor.

Não altere o mapa do setor, nem corrija a descrição do perímetro.

Em caso de divergência do mapa com as características da área visitada, o pesquisador deve desenhar, em papel à parte, os elementos encontrados que considere discrepantes da representação do Mapa ou anotar os nomes dos logradouros que diferem daqueles expressos na descrição fornecida. **Comunique-se imediatamente com o Supervisor.**

Caso o setor não seja dividido em quarteirões, após identificar o ponto de partida assinalado com um "X" e anotá-lo, o pesquisador deve seguir o roteiro pré-estabelecido, fazendo o registro das unidades, logradouro a logradouro, estrada por estrada, percorrendo um lado de cada vez. Interrompa a listagem dos logradouros principais quando precisar cobrir logradouros secundários, retornando a seguir ao ponto onde foi interrompido.

Figura 2 - Setor não dividido em quarteirões



Cuidados a Tomar Durante a Operação Listagem dos Domicílios

Quando encontrar edificação com muitas moradias, procurar entrar em contato com o gerente, administrador, síndico, porteiro, encarregado, responsável ou até mesmo um morador, visando obter melhor informação sobre o local a ser registrado, principalmente se há domicílios nos fundos, na cobertura e no subsolo do prédio.

Nos edifícios, iniciar os registros do andar mais alto para o mais baixo, não esquecendo as unidades localizadas em coberturas, subsolos e locais destinados a alojamentos de porteiros, zeladores, faxineiros ou outros. Listar as unidades de cada pavimento segundo a ordem crescente dos apartamentos no andar, seja ela numérica, alfabética ou outra qualquer. Quando inexistir ordenação dos apartamentos, registrá-los seguindo sempre pela sua direita ou registrar primeiro as

unidades da frente e depois as dos fundos.

Quando um prédio for ocupado por domicílios particulares e unidades não-residenciais de uma mesma empresa, os domicílios particulares serão registrados um a um, conforme as instruções de cobertura do setor, enquanto as unidades não-residenciais serão registradas em apenas um lançamento para todo o conjunto. Caso estas unidades estejam distribuídas sem ordenação ou agrupamento identificáveis, a cada uma corresponderá um registro, segundo as orientações relacionadas à cobertura em prédios.

Quando da ocorrência de shopping center, lançar apenas um registro em uma única linha da Folha de Registro da Operação de Listagem.

Logradouros sem Qualquer Tipo de Domicílio - Caso o Pesquisador encontre um logradouro com tal característica, deverá lançar o nome pelo qual é conhecido e, em seguida, anotar na Folha de Registro de Operação de Listagem “NADA A REGISTRAR”. Este é o exemplo de praças, parques, e outros tipos de locais onde não há moradias permanentes.

Nas favelas, a dificuldade de fazer listagens é maior por causa da precariedade dos acessos e da identificação dos domicílios. Se não houver sinais visíveis externos para identificar os logradouros, perguntar a moradores. Muitas vezes trata-se de becos ou travessas que, apesar de não terem os nomes em lugares visíveis, são identificados por nomes ou sistemas de numeração usados pelos moradores. Nesse caso, pode-se usar esta informação.

Para identificação das habitações, se não houver identificação externa dos endereços, o pesquisador pode optar por listar as casa em numeração seqüencial crescente a partir de 1 em cada lado de um beco ou travessa. Procurar colocar, a cada 5 ou 10 casas, informações "marcadoras" sobre domicílios com características distintas ou sobre o nome de moradores para facilitar refazer o percurso na hora das entrevistas. Em casos de vários domicílios em um mesmo lote, usar nomes como Fundos 1 e 2 ou ou outro sistem que permita o retorno no domicílio caso este seja sorteado.

As páginas (planilhas) devem ser numeradas forma que qualquer pessoa possa reconhecer a ordem do percurso efetuado em cada Setor durante a listagem. Numerá-las, portanto, em ordem seqüencial crescente a partir da entrada no setor e seguindo exatamente o percurso na ordem em que foi realizado. Deve ser reiniciada em 1 a cada novo Setor. A idéia da numeração de páginas é permitir a qualquer pessoa reconhecer a ordem do percurso efetuado em cada setor durante a listagem.

ANEXO I - Item 2: Folha de Registro de Listagem

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____
Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

Bated Batedor(a) Batedor(a) (nome): _____

ANEXO II - Item 1: Manual da Entrevistadora

CEDEDLAR

(Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional)

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE

MANUAL DA ENTREVISTADORA

Março 2002

1) Introdução

A *PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE* é um estudo cujo propósito é coletar dados sobre a vivência das mulheres com idades entre 15 e 59 anos com relação a reprodução, gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, anticoncepção, atividade sexual, conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), conhecimento dos direitos relativos a saúde reprodutiva, e conhecimento, acesso, utilização e avaliação dos serviços de saúde que atendem a essa demanda. As mulheres entrevistadas também responderão quesitos usados para determinar suas características socioeconômicas e percepções de raça/cor.

Esta pesquisa será realizada nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Em cada uma destas cidades foram sorteados 1540 domicílios aleatoriamente. Em cada um destes domicílios, serão identificadas mulheres elegíveis para a entrevista. Estas mulheres deverão responder ao questionário de coleta de dados.

Você foi uma das candidatas pré-selecionadas e está sendo treinada para ser entrevistadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ao final do período de treinamento, caso não se sinta apropriada para a função, comunique-se com a coordenação do projeto. Da mesma forma, a coordenação do projeto entrará em contato com você caso avalie que você não tem condições de realizar o trabalho a contento para atingir os objetivos da pesquisa.

Durante o treinamento, você trabalhará todas as seções do questionário e aprenderá como fazer as perguntas e registrar as repostas corretamente. Você também realizará entrevistas preliminares com mulheres conhecidas suas entre 15 e 59 anos e com pessoas desconhecidas, na mesma faixa etária. Estes questionários serão avaliados no último dia de treinamento.

Você deve estudar manual cuidadosamente. Isso contribuirá para uma melhor adaptação ao processo de trabalho e um melhor desempenho em campo.

1.1. Objetivos da Pesquisa

Este é um estudo domiciliar amostral que visa fazer um levantamento da situação e qualidade da saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pelas mulheres destes municípios com relação à fecundidade, saúde reprodutiva e sexualidade e realizar comparações por idade, condição sócio-econômica, educação, cor da pele e cidade.

Apesar de haverem hipóteses específicas que motivaram esta pesquisa, tais como menor acesso a serviços de saúde reprodutiva por parte das mulheres negras e alta demanda por esterilização em relação a outros métodos em um contexto de oferta escassa de serviços de

planejamento familiar, a sua realização visa levantar o quadro completo sobre a saúde feminina nos municípios de Belo Horizonte, de forma que se possa avaliar, conseqüentemente, a existência, o acesso e a avaliação dos programas e serviços ligados à saúde da mulher, demandas da população feminina que não estão sendo atendidas e sub-populações com questões e necessidades específicas.

As questões específicas a serem investigadas pela pesquisa são:

16. Caracterização do domicílio
    a. composição domiciliar;
    b. condições do domicílio;
    c. posses e amenidades do domicílio;
    d. educação dos membros do domicílio;
17. Caracterização da entrevistada e percepções de raça/cor;
18. Fecundidade: número de filhos das entrevistadas e data de nascimento;
19. Planejamento da fecundidade: número ideal de filhos, status das gravidezes ocorridas nos cinco anos anteriores à entrevista – planejada, desejada, indesejada;
20. Contracepção: uso de métodos, por tipo; razões e determinantes da escolha; descontinuidade de uso; necessidade satisfeita e insatisfeita de métodos; conhecimento, acesso e avaliação de serviços de planejamento familiar;
21. Conhecimento da fisiologia reprodutiva: ciclo menstrual, época propícia para fecundação;
22. Acesso, atendimento e avaliação dos serviços de pré-natal, parto e pós-parto;
23. Aborto;
24. Conhecimento, acesso e uso de serviços de ginecologia e exames de prevenção periódicos (câncer cervical e de mama);
25. Conhecimento e acesso aos serviços de aborto e esterilização legal;
26. Estado civil e história marital;
27. Atividade sexual: início da vida sexual, incluindo relação homossexual, e questões associadas; frequência de relações sexuais, número de parceiras/os no último ano e relação com cada um deles; grau de conhecimento DST/aids; experiência e percepção de risco de contração destas doenças, conhecimento e prática de sexo seguro;

A relevância da obtenção e estudo destes dados emerge na medida em que eles estão relacionados com uma série de questões importantes tanto para o melhor conhecimento da situação quanto para a proposição, planejamento e implementação de políticas públicas na área de saúde

reprodutiva nestes municípios e em suas regiões, bem como em outras áreas urbanas do país. Ademais, a *PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE* produzirá informações estatisticamente significantes e pioneiras sobre o conhecimento da população feminina com relação aos direitos relativos à saúde da mulher garantidos por lei, conhecimento e acesso aos serviços existentes e avaliação dos mesmos, diferenças por raça/cor controlando-se por situação sócio-econômica, uso de serviços públicos vis-à-vis setor privado e planos de saúde, comportamento sexual e questões associadas.

1.2. A Amostragem

Existem várias maneiras de se obter informações individuais em uma determinada área ou região. Uma delas é contatar cada das pessoas que ali vivem e fazer as perguntas de interesse. Isto, no entanto, é, via de regra, inviável. Outra forma de coletar dados individuais é realizar a pesquisa com uma ***amostra*** da população. Seguindo os procedimentos estatísticos corretos, ou seja, assegurando que qualquer pessoa da população-alvo tenha a mesma chance de ser incluída, pode-se usar a informação coletada junto a um pequeno número de indivíduos para fazer inferências a respeito de toda a população da área ou região em questão.

Para esta pesquisa foram selecionados, seguindo os devidos procedimentos estatísticos, 70 setores censitários em Belo Horizonte e 70 setores censitários em Recife. Em cada um destes 70 setores, foram selecionados, aleatoriamente (como em um sorteio de loteria), entre 22 domicílios. **Cada um destes, sem exceção e sem substituição, deverá ser visitado**. **Em cada domicílio será entrevistada apenas uma moradora elegível, ou seja, uma mulher residente no domicílio que tenha entre 15 e 59 anos de idade. Em Belo Horizonte, portanto, serão realizadas 1.540 entrevistas com mulheres elegíveis.**

A primeira seção do questionário refere-se à identificação do mesmo e outras informações sobre a entrevista e seu processamento. A segunda seção do questionário levanta as informações sobre as características do domicílio e de seus moradores. Ao levantar estes dados, você obterá as informações sobre as mulheres residentes no domicílio e respectivas idades. Uma etiqueta logo abaixo do ***Quadro de Moradores*** permitirá que você sorteie, aleatoriamente, uma moradora elegível em caso de haver mais de uma. Em caso de haver apenas uma mulher elegível, ela deverá ser a entrevistada. Em domicílios em que não houver mulheres elegíveis ninguém será entrevistado.

O número de mulheres entrevistadas foi determinado pelos organizadores da pesquisa. É muito importante que as equipes de trabalho de campo esforcem-se ao máximo para completar todas as entrevistas que lhes forem alocadas a fim de assegurarmos a realização do estudo com o

número completo de mulheres selecionadas no procedimento de amostragem.

Por este motivo, as residências nas quais não for possível conversar com a mulher selecionada no primeiro contato, deverão ser revisitadas até 3 (três) vezes. Da mesma forma, caso não seja possível completar a entrevista na primeira visita, deverá ser marcado um novo horário e data para que ela possa ser terminada.

1.3. Organização da Pesquisa

Este estudo foi planejado e organizado pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR-UFMG). Durante a pesquisa, você estará trabalhando para o CEDEPLAR, sob a orientação do Prof. André Junqueira Caetano e da Profa. Paula Miranda Ribeiro, da Coordenadora de Campo Andréa Branco Simão, e das Supervisoras de Campo Luciana Crivellari Dulci, Simone Maria dos Santos e Elizângela Aparecida Braga.

Você trabalhará em equipe composta de 05 (cinco) entrevistadoras e 1 (uma) supervisora de equipe.

Cada ***Supervisora de Equipe*** de campo será responsável por uma equipe de entrevistadoras. As supervisoras serão assistidas nesta tarefa pela ***Coordenadora de Campo***, a qual, na ausência de uma supervisora, será a responsável pela equipe.

Ao final de cada dia de trabalho, a equipe deve retornar ao escritório no Cedeplar para entregar os questionários realizados no dia, receber o material para o dia seguinte e avaliar o andamento do trabalho da equipe. A ***Coordenadora de Campo*** estará presente para receber as equipes.

A equipe de escritório trabalhará na sala do projeto, no Cedeplar, checando a consistência dos questionários completados no dia anterior.

1.4. Questionário

O questionário a ser utilizado é composto por 16 seções e um termo de consentimento livre e informado:

- Identificação do questionário;
- Seção 0 – caracterização do domicílio;
- Seção 1 – caracterização da entrevistada;
- Seção 2 – utilização de plano de saúde;
- Seção 3 – reprodução;

- Seção 4 – história de gravidezes;
- Seção 5 – história de nascimentos;
- Seção 6 – pré-natal;
- Seção 7 – história de partos;
- Seção 8 – pós-parto;
- Seção 9 – anticoncepção;
- Seção 10 – atendimento e acompanhamento médico, auto-conhecimento;
- Seção 11 – uniões e atividade sexual;
- Seção 12 – DST/aids, noções e prática de sexo seguro;
- Seção 13 – planejamento da fecundidade;
- Seção 14 – características do marido/companheiro.

1.5. Papel das Entrevistadoras

As entrevistadoras têm um papel crucial na *PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE*, uma vez que são elas quem coletam as informações que vão formar o banco de dados. Por isso, o sucesso do estudo depende da qualidade do trabalho de **cada** entrevistadora e do trabalho em equipe.

As responsabilidades gerais de cada entrevistadora são:

- encontrar os domicílios da amostragem que lhe foram alocados e preencher a seção de caracterização do domicílio;
- identificar todas as mulheres elegíveis;
- selecionar aleatoriamente uma mulher elegível para a entrevista;
- contactar e entrevistar a mulher selecionada, completando o questionário;
- verificar as entrevistas completas para certificar-se de que todas as perguntas foram feitas e as respostas anotadas de forma clara e legível;
- retornar aos domicílios para completar entrevistas que não tenham sido terminadas;
- retornar aos domicílios para entrevistar as mulheres que não puderam ser contactadas na visita inicial.

Estas tarefas serão descritas em detalhes ao longo deste manual e durante o treinamento.

1.6. Treinamento das Entrevistadoras

O treinamento terá duração de 6 dias e será dividido em três partes: (1) questões

substantivas e metodológicas da pesquisa; (2) aspectos éticas, dicas de abordagem, segurança e cuidados a serem tomados ao se fazer a entrevista; e (3) familizarização com o instrumento de coleta de dados. Durante os dois primeiros dias (21 e 22 de março), abordaremos os itens 1 e 2. De 25 a 30 de março), trabalharemos o questionário. É importante que, durante esta fase, você leia o questionário em voz alta para outra pessoa até sentir-se à vontade ao ler as perguntas.

Nos dias 25, 26 e 27, estudaremos o questionário, questão por questão. No dia 28, cada entrevistadora deverá realizar duas entrevistas, a primeira com uma mulher conhecida e a segunda, com uma mulher selecionada aleatoriamente. Estes questionários serão avaliados nos dias 29 e 30.

Finalmente, nos dias 1 e 2 de abril realizaremos o piloto do trabalho de campo. Na seção de treinamento do dia 30 de março, as entrevistadoras serão divididas em 3 (três) equipes e todas receberão o material de campo. Para cada equipe será alocado um setor censitário não pertencente à amostra. O piloto será realizado nos dias 1 e 2 de abril. No dia 3 de abril, reuniremo-nos para a avaliação do teste de campo e acertos finais.

O trabalho de campo será iniciado no dia 4 de abril.

O seu treinamento como entrevistadora não se encerra quando o período de treinamento formal terminar. Cada vez que uma supervisora reunir-se com você para discutir seu trabalho em campo, seu treinamento estará tendo continuidade. Familiaridade e habilidade só são adquiridas, de fato, com entrevistas reais. Isto é especialmente importante nos primeiros dias de trabalho. Ao se deparar com situações que não foram previstas no treinamento, será útil que você as discuta com sua equipe. Outras entrevistadoras podem estar passando pela mesma situação e, portanto, todas podem se beneficiar compartilhando sua experiência.

1.7. Supervisão das Entrevistadoras

Sua ***Supervisora de Equipe*** é responsável pela realização bem sucedida da pesquisa. Como parte disso, ela deverá:

- Alocar os domicílios que você vai visitar;
- Ajudá-la a resolver quaisquer problemas que você possa ter com relação à compreensão dos conceitos do questionário, problemas para localizar os domicílios que lhe foram designados e problemas com entrevistas difíceis;
- Observar algumas de suas entrevistas para assegurar que você está seguindo as diretrizes trabalhadas durante o treinamento, fazendo as perguntas de maneira certa e interpretando as respostas corretamente;
- Fazer checagens ocasionais e re-entrevistar mulheres em alguns dos endereços selecionados

para garantir que a seleção e a entrevista tenham sido realizadas de forma correta;

- Revisar cada questionário para certificar-se de que está completo e de que é internamente correto;
- Reunir-se com cada membro da equipe diariamente para discutir a evolução do trabalho e as questões surgidas, bem como para alocar as tarefas seguintes;
- Realizar reuniões com a equipe de pesquisa para discutir seu andamento, problemas surgidos e avaliar o bem-estar das entrevistadoras;
- Tomar as devidas providências diante das dificuldades surgidas. Caso não consigam resolver o problema surgido, devem se comunicar-se com a ***Coordenadora de Campo***.

2) Como Conduzir uma Entrevista

A realização de entrevistas bem sucedidas é uma arte e não pode ser encarada como um processo mecânico. A arte da entrevista é desenvolvida através da prática, mas há certos princípios básicos que devem ser seguidos pot todas as entrevistadoras. Nesta seção você encontrará várias diretrizes gerais sobre como desenvolver um clima de empatia com a entrevistada e realizar uma entrevista com sucesso

2.1. Vestuário

Ao fazer entrevistas, é importante sempre manter o profissionalismo. Você estará representando a **Universidade Federal de Minas Gerais** junto à comunidade. Suas roupas devem ser adequadas e confortáveis. Você não precisa usar sua melhor roupa ou roupas que fariam com que você se destacasse. Use roupas limpas e similares às das pessoas que você provavelmente vai encontrar no local de estudo. Não use jóias caras ou bijuterias que possam dar a impressão de que você é mais rica do que as pessoas entrevistadas. Estas considerações são importantes e é fato comprovado que estes são fatores que interferem na relação entre e entrevistada e entrevistadora.

2.2. Estabelecendo empatia com a entrevistada

Sua primeira responsabilidade como entrevistadora é estabelecer um clima de empatia com a entrevistada. No contato inicial com a mulher selecionada, você e ela não se conhecem. A primeira impressão da entrevistada a seu respeito determinará se ela estará ou não disposta a cooperar com a pesquisa. **Esteja sempre com o seu crachá à vista** e adote uma postura amistosa e simpática ao se apresentar.

2.2.1. Cause uma boa impressão

Ao fazer o primeiro contato com a mulher selecionada, esforce-se para fazer com que ela fique à vontade. Com palavras, poucas e bem escolhidas, você pode criar um clima apropriado de empatia com a entrevistada. Inicie a entrevista com um sorriso e um cumprimento do tipo "boa tarde" e então prossiga com sua apresentação.

Um exemplo de uma boa apresentação seria: "*Meu nome é _____. Estou representado a Univerdade Federal de Minas Gerais. Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde de mulher em Belo Horizonte e estamos entrevistando as mulheres da cidade. A sua experiência será importante para que possamos levantar as condições da saúde reprodutiva das população feminina no município. Gostaria de conversar com você/a senhora e lhe fazer algumas perguntas*".

2.2.2. Sempre adote um enfoque positivo

Nunca adote um tom de desculpa e não use frases como "*Você/a senhora está muito ocupada?*" **ou** "*Poderia nos ceder uns minutinhos?*" **ou** "*Você/a senhora se incomodaria em responder algumas perguntas?*". Este tipo de introdução abre espaço para uma recusa antes mesmo de você iniciar. Em vez disso, use introduções como "*Gostaria de lhe fazer algumas perguntas*" ou "*Gostaria de falar com você/a senhora por alguns minutos*".

2.2.3. Enfatize a confidencialidade das respostas, se necessário

Se a entrevistada mostrar-se hesitante quanto a realizar a entrevista ou perguntar o que será feito com as informações, explique que os dados coletados por você serão mantidos em absoluto sigilo. Nem o endereço nem o nome da pessoa serão relacionados com as informações individuais. Os dados não serão utilizados para nenhuma outra finalidade a não ser para montar o banco de dados e preparar o relatório sobre o quadro da saúde reprodutiva em Belo Horizonte.

Nunca mencione outras entrevistas nem mostre questionários preenchidos a outras entrevistadoras ou supervisoras na presença de uma entrevistada ou de qualquer outra pessoa.

2.2.4. Responda a quaisquer perguntas da entrevistada com franqueza

Antes de concordar com a entrevista, a entrevistada pode lhe fazer perguntas sobre a pesquisa ou sobre como ela foi selecionada. Seja direta e cordata em suas respostas. Contudo, se ela lhe fizer perguntas a respeito de métodos de planejamento familiar, medicamentos ou

localização de serviços médicos, diga-lhe que você procurará responder às perguntas dela uma vez completada a entrevista.

2.3. Procurando um local reservado para realizar a entrevista

É crucial que você realize a entrevista em um local reservado e que todas as perguntas sejam respondidas apenas pela entrevistada. A presença de uma terceira pessoa durante a entrevista pode impedir a obtenção de respostas francas e honestas. Isto é especialmente relevante no caso de perguntas íntimas com relação à atividade sexual.

Se a mulher selecionada concordar em ser entrevistada, pergunte se seria conveniente conversar imediatamente. Enfatize a importância de se conversar em um local reservado e pergunte à entrevistada se há algum lugar no qual ela preferiria fazer a entrevista. Pode ser um quarto do domicílio, um local na parte externa do mesmo ou algum prédio público da vizinhança (como uma igreja ou hospital). Se ela tiver dificuldade em achar um local privado, sugira alguns possíveis lugares onde vocês possam ir.

Se necessário, você pode combinar com outros membros de sua equipe para que ajudem você a conseguir privacidade, por exemplo, tomando conta das crianças enquanto você realiza a entrevista ou distraindo alguma pessoa que possa interromper a entrevista.

Se você não conseguir um local apropriado para a aplicação do questionário, pergunte à entrevistada se seria melhor retornar mais tarde. Se possível, tente remarcar um horário no período em que você vai estar naquela área de pesquisa. Do contrário, o retorno será mais trabalhoso. Pergunte à entrevistada se ela quer que você retorne à casa dela ou se prefere encontrá-la em outro local. Em certos casos pode se tornar necessário discutir o horário e o local propostos com a sua Supervisora de Equipe e confirmar com a entrevistada, posteriormente, que você poderá retornar. Se preciso, volte a se comunicar com a entrevistada para alterar seus planos

Não inicie a entrevista se outras pessoas puderem escutar o que está sendo dito, independentemente de serem homens, mulheres ou crianças (com mais de 2 anos).

2.4. Dicas sobre como conduzir a entrevista

2.4.1. Mantenha a neutralidade durante toda a entrevista

A maioria das pessoas são polidas e tenderão a lhe dar a resposta que acreditam que você queira ouvir. Portanto, é de suma importância que você mantenha-se absolutamente neutra ao fazer

as perguntas. Nunca, seja através de sua expressão facial, seja através de seu tom de voz, deixe que a entrevistada imagine que ela deu uma resposta "certa" ou "errada". **Jamais dê a impressão de aprovar ou não qualquer resposta da entrevistada.**

Algumas mulheres podem fazer perguntas relacionadas ao assunto durante a entrevista. Diga-lhe que estamos interessados na vivência e opiniões dela e que você não pode responder estas perguntas antes de finalizar o questionário porque isto atrasaria o trabalho. Ao fim da entrevista, diga que você terá prazer em conversar sobre qualquer pergunta dela.

Se a entrevistada der uma resposta ambígua, procure explorar a questão com neutralidade, fazendo perguntas como "*...Poderia explicar um pouco mais?*" ou "*Não ouvi direito o que você/a senhora disse, poderia repetir?*" ou "*Não tem pressa. Pense um pouco a respeito disso*".

2.4.2. Nunca sugira respostas para a entrevistada

Se a resposta da entrevistada não tiver relação com a pergunta, não sugira respostas dizendo coisas do tipo "*Você/a senhora quer dizer que..., não é?*". Ela tenderá a concordar com sua interpretação da resposta dela, mesmo que não seja o que ela quis dizer. Explore a questão de forma que a própria entrevistada lhe dê a resposta pertinente. **Nunca leia a lista de respostas codificadas – a não ser em caso de instrução explícita para a questão – para a entrevistada, mesmo que ela tenha dificuldade em responder.**

2.4.3. Nunca mude a redação nem a seqüência das perguntas

A redação das perguntas e sua seqüência no questionário devem ser seguidas sempre. Se a entrevistada entender incorretamente a pergunta, você deve repeti-la pausadamente e com clareza. Se, ainda assim, ela não entender, você deve reformular a pergunta tomando o máximo de cuidado para não alterar seu sentido original. Dê o mínimo de informações necessárias para obter a resposta apropriada.

2.4.4. Tenha tato ao lidar com entrevistadas hesitantes

Haverá situações em que a entrevistada irá dizer "não sei", dar uma resposta que não condiz com a pergunta, mostrar-se entediada ou desinteressada, contradizer algo que disse anteriormente ou recusar a responder uma pergunta. Nesses casos, você deve tentar fazer com que ela volte a se interessar pelo assunto, por exemplo, mudando um pouco "o rumo da prosa". Você pode falar sobre a cidade ou sobre as atividades diárias da entrevistada ou sobre o tempo.

Se a entrevistada estiver dando respostas não condizentes com a pergunta ou estiver

entrando em muitos detalhes, não a interrompa de forma abrupta ou indelicada. Ouça o que ela tem a dizer e, depois, tente trazê-la de volta à pergunta original. Procure manter um clima agradável durante a entrevista. O melhor clima é aquele em que a entrevistada vê a entrevistadora como uma pessoa amigável, compreensiva e atenciosa, que não a intimida e para quem ela pode dizer qualquer coisa sem ficar sem-graça ou embaraçada.

Se a entrevistada não quiser responder uma pergunta ou relutar em respondê-la, tente superar a relutância explicando mais uma vez que essa pergunta está sendo feita para mulheres do município todo e que as respostas serão agrupadas. Se ela, ainda assim, se recusar a responder, escreva RECUSOU-SE ao lado da pergunta e continue como se nada tivesse acontecido. Se você conseguir completar o questionário, pode tentar obter a informação que ficou faltando no final. Mas não pressione demais para obter a resposta. Lembre-se, não se deve forçar a entrevistada a dar uma resposta.

2.4.5. Não mostre o questionário para ninguém, nem mesmo para a entrevistada

Pode ser que uma entrevistada queira ela mesma preencher o questionário ou ler a pergunta. Para garantir que a comparabilidade entre as entrevistas, é importante que você não mostre o documento para a entrevistada. Se ela pedir, recuse educadamente, mas com firmeza.

2.4.6. Não julgue a entrevistada

Você não deve julgar nem presumir a capacidade e o nível de instrução da entrevistada. Não suponha, por exemplo, que mulheres menos instruídas ou analfabetas não conheçam métodos contraceptivos. Não pressuponha a resposta a nenhuma pergunta com base no que você acha a respeito da "maneira como as pessoas agem e pensam".

Tome cuidado para não rotular nem julgar a entrevistada a partir das opiniões e experiências relatadas por ela. Não faça nem escreva nenhum comentário em relação a ela.

2.4.7. Não presuma respostas e, por isso, não pule perguntas

Não pule uma pergunta mesmo se achar que a resposta é óbvia.

2.4.8. Não apresse a entrevista

Faça as perguntas lentamente para garantir que a entrevistada entenda o que está sendo perguntado. Após fazer uma pergunta, faça uma pausa e dê a ela tempo para pensar. Se a entrevistada sentir que você está apressada ou se não conseguir formular uma opinião própria,

poderá responder com um "não sei" ou dar uma resposta imprecisa. Se você perceber que a entrevistada está respondendo sem pensar, apenas para acelerar a entrevista, diga a ela algo do tipo "*Não tenha pressa. Sua informação é muito importante para nós. Por isso pense bem na resposta*".

3) Procedimentos de Campo

A pesquisa só será bem-sucedida se cada membro da equipe de campo compreender e seguir os procedimentos corretametne. As próximas descrevem os procedimentos apropriados para receber as tarefas e manter os registros dos domicílios selecionados.

3.1. Atividades preparatórias

A cada manhã, sua ***Supervisora de Equipe*** irá instruí-la sobre as tarefas do dia e designará para você os domicílios nos quais você irá realizar suas entrevistas.

Antes de sair para o trabalho do dia, você deverá seguir os seguintes procedimentos:

- Obter, com sua supervisora, uma quantidade suficiente de questionários – incluindo alguns extras para os casos de necessidade;
- Verificar as informações de identificação do questionário que lhe foram fornecidas e certificar-se de que as preencheu;
- Escrever o número de identificação do questionário no canto superior direito de todas as páginas que o requerem (folha de rosto e páginas 1 a 6);
- Compreender as informações sobre como localizar os domicílios que lhe foram designados, incluindo quaisquer instruções especiais de sua ***Supervisora de Equipe***;
- Certificar-se de que tem em mãos o material necessário para o trabalho do dia.

3.2. Como contactar domicílios

3.2.1. O que significa "domicílio"

Um domicílio é o local de moradia estruturada, separado e independente, constituído por um ou mais cômodos, onde vive uma pessoa ou um grupo de pessoas. Não é o mesmo que uma família. Uma família inclui somente pessoas com parentesco entre si, mas um domicílio inclui quaisquer pessoas que vivem juntas e normalmente compartilham o mesmo fogão, sejam parentes ou não.

Para os propósitos do estudo, um membro do domicílio é qualquer pessoa que (1) vive no domicílio; (2) está visitando o domicílio, mas dorme nele há pelo menos 4 (quatro)

semanas; e (3) trabalha como empregada doméstica no domicílio e dorme lá pelo menos 5 (cinco) noites por semana.

3.2.2. Problemas ao contactar um domicílio

Os domicílios selecionados são localizados através da ***Listagem de Domicílios Selecionados*** e dos mapas dos setores censitários, que estarão com sua ***Supervisora de Equipe***. Como as pessoas se mudam e como algumas vezes há problemas com a listagem de domicílios, você pode encontrar dificuldades para localizar moradores em algumas residências selecionadas. Seguem-se exemplos de problemas com os quais você pode se deparar e as formas de resolvê-los.

1. Os membros do domicílio mudaram-se ou o imóvel está desocupado. Neste caso, você deve considerar o imóvel desocupado e registrar o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***;
2. Os membros do domicílio que moravam na residência selecionada mudaram-se e outras pessoas estão morando no imóvel. Nesse caso, os novos membros do domicílio devem ser entrevistados;
3. O número ou a marcação da residência não está de acordo com a informação registrada no campo correspondente da ***Listagem de Domicílios Selecionados***. Verifique com cuidado se você identificou a residência selecionada e comunique-se com a sua ***Supervisora de Equipe***;
4. O domicílio está fechado e os vizinhos informam que os moradores estão fora, mas voltarão em algumas semanas. Neste caso, registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***;
5. O domicílio está fechado e os vizinhos informam que ninguém mora lá. Neste caso, registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***;
6. Um domicílio selecionado é utilizado para outro propósito (comercial, por exemplo). Verifique com cuidado se não há ninguém morando lá realmente. Se for confirmada ausência de moradores, registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***;
7. Um domicílio selecionado não se encontra no setor censitário e os moradores ou vizinhos informam que a residência foi demolida ou destruída recentemente. Neste caso, registreo código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do***

Questionário; e

8. Não há ninguém no domicílio selecionado e os vizinhos informam que a família saiu. Registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***, e volte ao local mais tarde, no mesmo dia, ou no dia seguinte.

Lembre-se, a validade e utilidade deste estudo depende de as entrevistadoras localizarem e visitarem todas as residências para as quais foram designadas.

3.2.3. Como identificar entrevistadas elegíveis

Uma mulher elegível é aquela que tem características específicas que permitam a sua inclusão em nossa pesquisa. Você utilizará o ***Quadro de Moradores do Domicílio*** na ***Seção 0*** (***Caracterização do Domicílio***) para listar e identificar as mulheres elegíveis. Uma mulher elegível é aquela que mora no domicílio e tem entre 15 e 59 anos completos. **É importante relembrar que, para os propósitos deste estudo, um membro do domicílio é qualquer pessoa (1) que mora no domicílio; (2) que está visitando o domicílio, mas dorme nele há pelo menos 4 (quatro) semanas; e (3) que trabalha como empregada doméstica no domicílio e dorme no emprego pelo menos 5 (cinco) noites por semana.**

Por razões de segurança, será entrevistada apenas uma mulher elegível por domicílio. Nos casos em que houver mais de uma mulher elegível por domicílio, apenas uma mulher será selecionada através da ***Etiqueta de Seleção***, logo abaixo do ***Quadro de Domicílio***, na ***Seção 0***. O preenchimento do Quadro de Moradores do Domicílio e a utilização da etiqueta para o sorteio de uma elegível a ser entrevistada será discutida com detalhes no treinamento.

Em alguns domicílios não haverá nenhuma mulher elegível, ou por que só existem moradores do sexo masculino ou por que as mulheres residentes não apresentam as características necessárias para serem incluídas na pesquisa. Para esses domicílios, você preencherá a página de identificação do questionário e a ***Seção 0*** (***Caracterização do Domicílio***). O restante do questionário deverá ser deixado em branco.

Se a mulher selecionada não estiver disponível, não selecione outra. Marque um retorno para realizar a entrevista depois. Pelo menos duas visitas adicionais deverão ser feitas para tentar realizar a entrevista.

3.3. Como apresentar o estudo

Em toda a comunicação e discussão sobre esta pesquisa, você a descreverá como *PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE*. Esse é o nome registrado do estudo e estará em todos os seus documentos de identificação.

3.4. Como contactar entrevistadas selecionadas em particular

A seguir, são apresentadas situações com as quais você provavelmente vai se deparar e os procedimentos a serem adotados nestes casos.

1. A entrevistada selecionada não está em casa. Registre o código apropriado no quadro de resultados da entrevista, na ***Seção de Identificação do Questionário***, e pergunte a um familiar ou a um vizinho quando a mulher selecionada deverá estar em casa. **Você deve visitar o domicílio pelo menos 3 (três) vezes, fazendo cada visita em horários diferentes. Nunca faça três visitas no mesmo dia.**
2. Não há mulher elegível. Vide Item 3.2.3.
3. A mulher selecionada se recusa a conceder a entrevista. A disponibilidade e boa-vontade da mulher a ser entrevistada dependerão em grande parte da primeira impressão causada por você no primeiro encontro. Apresente-se, explique o objetivo da pesquisa e informe que a entrevista levará aproximadamente 60 (sessenta) minutos. Se necessário, insista no fato de que as informações são confidenciais. Se a mulher continuar a se recusar a ser entrevistada, pode ser que o momento não seja o mais apropriado. Indague se um outro horário seria conveniente. Se ainda assim a selecionada insistir na recusa, registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário*** e descreva as razões da recusa. Relate todas as recusas à sua Supervisora de Equipe.
4. A mulher selecionada só pode ser intrevistada mais tarde ou interrompe a entrevistada e só pode continuar mais tarde. Você deve tentar marcar um compromisso com a mulher selecionada para entrevistá-la no horário e local que sejam mais convenientes para ela. Lembre-se de registrar o cógido para entrevista incompleta no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário*** e anote a data, horário e local da próxima visita que foi marcada com a entrevistada. **Informe a sua *Supervisora*.**

3.5. Novas visitas a domicílios

Como cada domicílio foi cuidadosamente selecionado. Você deve se empenhar ao máximo para realizar as entrevistas nos domicílios que lhe foram alocados e com as mulheres

elegíveis que foram selecionadas. Você deve fazer no mínimo 3 (três) visitas para tentar "abrir" o domicílio e também 3 (três) visitas para completar a entrevista. Nos casos de "abertura" do domicílio e de marcação da entrevista com a mulher selecionada, procure fazer os seus retornos em horários diferentes daqueles em que fez a(s) visita(s) anterior(es).

Planejar os retornos em horários diferentes é fundamental para reduzir o número de casos em que você não consegue "abrir" o domicílio ou concluir uma entrevista em particular (não-resposta).

3.6. Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido

O ***Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido*** é uma parte importante do processo de contato e entrevista. Todas as mulheres que participarão do estudo devem fazê-lo de livre e espontânea vontade, e não devem se sentir coagidas a participar. O ***Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido*** oferece à possível entrevistada informações sobre o estudo e dá a a ela a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e decidir se deseja ou não participar.

Antes de iniciar a entrevista, a pessoa selecionada deverá ler o ***Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido***, que a informará sobre a natureza da pesquisa, seus propósitos, desconfortos e benefícios esperados. No caso de maiores de 18 anos, o termo de consentimento livre e esclarecido será lido e assinado. No caso de menores de 18 anos, um responsável pela menor deverá ler e assinar o ***Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido***, autorizando a pessoa selecionada a responder o questionário. Neste caso específico, deverá ser informado ao responsável pela menor que ele ou ela não terá acesso a nenhuma informação prestada pela entrevistada. Em casos de analfabetismo, o termo de consentimento livre e esclarecido deverá ser lido e explicado, pela entrevistadora, para a mulher selecionada e será requisitada a presença de uma testemunha, que deverá assinar o termo de consentimento.

Após a leitura da termo de consentimento, pergunte se a selecionada tem alguma pergunta e responda da melhor maneira possível.

Se a mulher selecionada não quiser participar, agradeça pela atenção registre o código apropriado no ***Quadro de Resultados das Visitas***, na ***Seção de Identificação do Questionário***.

Anote quaisquer razões que a selecionada dê para não desejar ser entrevistada. É importante seguir este procedimento para que possamos entender por que algumas pessoas não querem ser entrevistadas e analisar como isso pode influenciar os achados da pesquisa.

Quer a mulher selecionada concorde em ser entrevistada, quer não, você deverá assinar o formulário de consentimento para atestar que a possível participante leu o formulário. Esta é uma

maneira de salvaguardar tanto você quanto sua supervisora de eventuais alegações de que a pessoa foi pressionada a participar do estudo.

3.7. Como verificar os questionários preenchidos

A entrevistadora tem a responsabilidade de revisar cada questionário após o término da entrevista. Esta revisão deve ser feita antes de você sair do domicílio. Certifique-se de que todas as perguntas apropriadas foram feitas, de que todas as respostas estão claras e aceitáveis e de que sua caligrafia está legível. Verifique se você seguiu corretamente as instruções relacionadas aos pulos de perguntas. Você mesma pode fazer pequenas correções, mas, se houver cometido algum erro grave, deve simplesmente explicar para a entrevistada que cometeu um erro e fazer a pergunta novamente.

Não passe a limpo nenhum questionário. Cada vez que você transcreve as respostas para um novo questionário, aumentam a as chances de introduzir erros. Registre **todas** as informações nos questionários que lhe foram fornecidos. Quaisquer cálculos que você fizer devem ser realizados nas margens ou no verso dos questionários.

Você deve escrever quaisquer comentários sobre a entrevista se achar que podem esclarecer as respostas que você anotou ou ser de interesse para a sua supervisora.

Se ficar em dúvida em relação a alguma resposta, escreva-a por inteiro e cheque posteriormente com sua supervisora.

3.8. Devolução dos questionários preenchidos

Todo dia, ao final do trabalho de campo, entregue os questionários completados para a sua supervisora. Ela irá registrar o código de resultado final e a data na ***Ficha de Monitoramento da Supervisão*** e passará os questionários para a ***Coordenadora de Campo***.

Você deve informar sua supervisora de quaisquer problemas que teve ao conduzir uma entrevista.

3.9. Qualidade dos dados

A ***Coordenadora de Campo***, juntamente com a equipe de escritório, revisará cada questionário completo de um setor censitário enquanto a equipe ainda se encontra na área. Se necessário, ela enviará uma entrevistadora de volta a uma entrevistada para corrigir erros eventualmente encontrados.

3.10. Material necessário para o trabalho de campo

Antes de sair para o trabalho de campo, certifique-se de que está levando o material necessário para o dia de trabalho. Este material inclui:

1. Quantidade suficiente de questionários;
2. Manual da entrevistadora;
3. Crachá, carta de apresentação e carteira de identidade;
4. Listagem de Domicílios Selecionados;
5. Prancheta;
6. Esferográficas azuis;
7. Pasta ou bolsa para carregar o material;
8. Artigos pessoais para o seu conforto, dada as circunstâncias e a área em que estiver trabalhando.

4) Procedimentos Gerais para o Preenchimento do Questionário

Para coletar as informações necessárias, você deve compreender como fazer cada pergunta, que informação a pergunta está tentando coletar e como lidar com problemas que podem surgir durante a entrevista. Também deve saber como registrar corretamente as respostas que a entrevistada der e como seguir as instruções do questionário. As seções a seguir descrevem os procedimentos gerais para preencher o questionário.

4.1. Forma geral do questionário

O desenho do questionário segue um padrão usado pela maioria das pesquisas demográficas e de saúde. A primeira coluna apresenta o número da questão, a segunda coluna traz a pergunta que deverá ser lida, a terceira coluna fornece as códigos respostas codificadas ou o espaço para se registrar respostas abertas. Quando há instruções especiais de pulo ou filtragem, a terceira coluna é dividida em duas e, para cada resposta, há uma instrução da sequência a ser seguida.

Algumas formatações são utilizadas para ajudá-la:

- Os textos escritos em letras minúsculas devem ser lidos em voz alto. Isso inclui introduções, perguntas e explorações das questões;
- Os textos escritos em letras **MAIÚSCULAS** não devem ser lidos em voz alto. São usados geralmente para instruções;

- Para as perguntas em que os códigos de respostas possíveis são numerados (1, 2, 3, ...), só é permitida uma resposta;
- Os códigos de resposta são ordenados alfabeticamente (A, B, C, ...) em perguntas para as quais você pode registrar mais de uma resposta.

4.2. Como fazer perguntas

4.2.1. Leia a pergunta exatamente da forma como está escrita

É importante que você faça cada pergunta exatamente da forma como está escrita no questionário. Quando fizer uma pergunta, certifique-se de falar de forma clara e pausada para que a entrevistada não tenha dificuldade em ouvi-la ou compreendê-la. Às vezes, pode ser necessário repetir a pergunta para garantir que a entrevistada entenda a questão corretamente. Nestes casos, não enuncie a pergunta de forma diferente. Repita-a exatamente como está escrito.

Se depois de repetir a pergunta a entrevista seguir não entendendo, é provável que você tenha que enunciá-la de outra forma. Neste caso, tome cuidado para não alterar o significado original quando for parafrasear a pergunta. Em alguns casos, é possível que você tenha de fazer perguntas adicionais ("***investigar a fundo***") para obter uma resposta completa da entrevistada.

4.2.2. Cuidado para não sugerir resposta

Ao ler uma questão, você deve tomar cuidado para evitar comportamentos, conscientes ou inconscientes, verbalizados ou não, que possam afetar a forma da entrevistada responder a pergunta. É importante que as informações e opiniões relatadas sejam os da própria entrevistada.

Além disso, você deve tomar cuidado para não sugerir uma escolha, se precisar fazer uma pergunta para esclarecer uma resposta. Nesses casos, não é necessário voltar à pergunta, mas você precisa ler todas as opções de resposta. Considere o seguinte exemplo:

1. Procedimento **errado**:

   P: De forma geral, você diria que sua saúde como um todo, é excelente, boa, razoável, fraca ou muito fraca?

   R: Bem, tenho tido muitas doenças em minha vida, desde a minha infância. Sou a pessoa que mais adoece na minha família.

   P: Então, devo anotar saúde razoável ou fraca?

2. Procedimento **correto**:

P: De forma geral, você diria que sua saúde como um todo, é excelente, boa, razoável, fraca ou muito fraca?

R: Bem, tenho tido muitas doenças em minha vida, desde a minha infância. Sou a pessoa que mais adoece na minha família.

P: Então, levando isso em conta, você diria que a sua saúde é excelente, boa, razoável, fraca ou muito fraca?

4.2.3. Leia as perguntas na ordem indicada

A ordem das perguntas foi determinada de forma a facilitar a reação da entrevistada a cada questão, de acordo com a experiência dela. Qualquer alteração na ordem das perguntas pode confundi-la e levá-la a responder de forma diferente. Todas as perguntas devem ser lidas na ordem em que aparecem no questionário.

4.2.4. Siga as instruções sobre como ler cada pergunta

O questionário fornece instruções sobre como fazer as perguntas. Onde houver uma indicação de que se deve ler a pergunta inteira antes da entrevistada responder, é importante fazê-lo. Se a entrevistada interrompê-la, você deve dizer educadamente, "*Gostaria que você/a senhora escutasse a pergunta completa antes de respondê-la*".

4.2.5. Tome cuidado para não enfatizar uma das alternativas de resposta

Tome cuidado para não dar mais ênfase a uma alternativa de resposta do que às demais. Se você tiver que lembrar à entrevistada quais são as alternativas possíveis, certifique-se de ler em voz alta todas as alternativas possíveis, ao invés de selecionar uma ou duas que você acha serem mais adequadas às circunstâncias dela.

4.2.6. Investigação a fundo

Quando uma entrevistada responde a uma pergunta de uma forma não compatível com as categorias de respostas, é preciso investigar a fundo a resposta certa. Este tipo de sondagem deve ser usada par obter respostas mais claras ou mais completas. Não se deve, no entanto, influenciar a resposta dada. Há três formas de ***investigação a fundo***.

1. Investigar se a resposta está correta

É usada para verificar a resposta dada. A forma mais fácil de se fazer isso é ler a pergunta outra vez para que a entrevistada perceba que deu uma resposta incorreta. Uma boa forma de se fazer isto é fazer uma pausa e perguntar "*...sua resposta é...?*" e ler as opções. É importante ler **todas** as opções de resposta.

Outras formas utilizadas: (a) "*Qual se aplica melhor à sua situação?*"; (b) "*Qual você/a senhora acha que devo assinalar?*"; (c) "*Você/a senhora me deu estas quatro respostas. Vou lê-las outra vez e você/a senhora me diz qual é a que se encaixa melhor no seu caso...*"; e (d) "*Não tenho certeza de qual resposta devo assinalar. A sua resposta seria...*"

Exemplo:

P: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre suas gravidezes. Na época em que ficou grávida de [nome], você queria engravidar, queria esperar mais um pouco, não queria ter mais filhos ou tanto fazia?

R: Meu último(a) filho(a) foi um acidente – eu não pretendia engravidar e engravidei.

P: O que você/a senhora acha que devo assinalar: "queria engravidar naquela época, queria esperar mais um tempo, não queria ter mais filhos ou tanto fazia?"

2. Investigar a clareza

É usado para pedir uma resposta mais completa à entrevistada, uma explicação de sua resposta ou quando ela deu mais de uma resposta a uma pergunta que permite apenas uma resposta.

Os exemplos de investigação de clareza incluem: (a) "*O que quer dizer?*"; (b) "*Poderia me explicar isto?*"; e (c) "*Não tenho certeza de ter entendido direito*".

Exemplo:

P: Qual o principal método que você/a senhora está usando atualmente?

R: Tenho o DIU e também usamos camisinha.

P: Poderia explicar isso?

R: Uso o DIU, mas como não sei ao certo se é confiável, também usamos camisinhas.

P: Qual método devo assinalar como principal, DIU ou camisinha?

R: DIU.

3. Investigar se a resposta está completa

   É utilizado nas perguntas com respostas múltiplas para verificar se você cobriu todas as respostas aplicáveis. Em geral incluem formas tais como (a) "*O que mais?*"; (b) "*Alguma outra situação?*"; e (c) "*Mais alguém?*".

4.2.7. Não pule perguntas

Mesmo que a entrevistada já tenha falado sobre uma determinada situação, quando chegar o momento de fazer a pergunta sobre esta questão, faça-a mesmo assim e registre a resposta. Se a resposta for diferente daquilo que disse anteriormente, retorne à pergunta anterior e averigue qual a resposta correta. Você pode ler a resposta em voz alta para ela.

4.2.8. "Não sei"

Algumas perguntas têm um campo para registrar NL/NS/NR quando a entrevistada diz "não sei". No entanto, esta opção não deve ser lida pois pode encorajar a entrevistada a escolher esta opção.

Você deve também investigar as resposta do tipo "não sei". Há pessoas que hesitam em expressar seus pensamentos dizendo "não sei" antes de elaborarem a questão.

Exemplo:

P: Por que você/a senhora não procurou nenhum destes serviços?

R: ...Não sei...

P: Alguma idéia sobre isto?

R: Bem, acho que estava com medo de arrumar mais dor de cabeça.

4.2.9. Recusa em dar uma resposta

A entrevistada tem liberdade de pular qualquer pergunta que ela não queira responder. Esta opção não está incluída nas respostas pois esta situação não é freqüente. Se a entrevistada recusar-se a responder a pergunta, escreva RECUSOU-SE na questão para que a supervisão e a coordenação saibam que você não pulou a pergunta por engano. Ao final da entrevista, faça uma anotação de que a resposta à pergunta foi recusada e escreva quais os motivos dados pela entrevistada para não responder.

4.3. Como registrar respostas

Não utilize lápis para preencher o questionário. Todas as entrevistadoras devem usar canetas com tinta azul para preencher os questionários. As supervisoras e coordenadoras deverão registrar seu trabalho com canetas vermelhas.

Há 3 (três) tipos de perguntas no questionário:

1. Perguntas com respostas pré-codificadas
2. Pergunta com respostas pré-codificadas, várias respostas permitidas
3. Registro de respostas que não são pré-codificadas

A maior parte das perguntas estão no formato (1). Para algumas perguntas nos formatos (1) e (2), as alternativas de resposta devem ser lidas em voz alta, para outras este procedimento não deve ser realizado. Siga as instruções.

Há perguntas para as quais só se admite uma alternativa de resposta. Neste caso, os códigos das respostas possíveis estão identificados e ordenados numericamente. Assinale com um X o número correspondente à resposta dada. Certifique-se de não marcar outra alternativa de resposta.

Para outras perguntas, permite-se respostas múltiplas. Neste caso, os códigos das respostas possíveis estão identificados e ordenados alfabeticamente. Assinale com um X as letras correspondentes às respostas dadas. Certifique-se de não marcar as alternativas de resposta não mencionadas pela entrevistada.

A regra geral a ser seguida é: **a menos que haja instruções para proceder de forma contrária ou a menos que a entrevistada esteja tendo dificuldades em responder a pergunta, você não deve ler as alternativas de resposta listadas na coluna da direita.**

Em alguns casos, as respostas pré-codificadas incluem a opção "**Outro(a)**". Este código deve ser circulado quando a resposta for diferente das respostas pré-codificadas existentes. Quando você marcar o código "**Outro(a)**", deverá **sempre** escrever a resposta da entrevistada no espaço correspondente. Se precisar de mais espaço, utilize as margens ou registre no final do questionário. Registre o número da questão à qual aquela resposta se refere.

As respostas para algumas das perguntas não são pré-codificadas, em geral para datas, horários, quantidades e respostas para perguntas abertas. Ao anotar a resposta para essas perguntas, você deve registrá-la no expaço fornecido. Se precisar encurtar uma descrição longa, tome cuidado para manter o sentido exato e, se necessário, escreva uma observação explicativa.

4.4. Correção de erros

É muito importante que você registre todas as respostas com capricho. **Para as respostas pré-codificadas, certifique-se de marcar com um X apenas o código da resposta dada. Se você cometer um erro ao registrar a resposta ou se a entrevistada mudar a resposta, não tente apagá-la. Apenas faça um círculo em torno do X da alternativa errada e marque a resposta correta com um outro X. Lembre-se de que, se houver duas respostas para uma determinada pergunta que não permite resposta múltipla, poderá ser impossível determinar a resposta correta na codificação do questionário.**

No caso de perguntas abertas, a resposta deve ser escrita de modo legível para que possa ser lida com facilidade.

Se notar qualquer inconsistência nas respostas de uma entrevistada, sinta-se à vontade para voltar a qualquer pergunta, fazê-la novamente e corrigir a resposta dada.

4.5. Como seguir instruções

Não se deve fazer perguntas a uma entrevistada que não se relacionem à situação dela. Para uma mulher esterilizada cirurgicamente não se deve fazer as perguntas referentes ao uso de pílula, por exemplo. E vice-versa. Nos casos em que uma determinada resposta torna as perguntas subseqüentes irrelevantes, há uma instrução no questionário para que você pule para a próxima pergunta pertinente. É importante que você siga com atenção as instruções de pulo. Nestes casos, a cada opção de resposta corresponderá uma ***instrução de pulo***.

Para garantir que o questionário seja preenchido consistentemente, algumas vezes será pedido que verifique a resposta dada para uma questão anterior, registre qual foi a resposta dada marcando com um X a caixa da opção correta, e então siga as respectivas instruções de pulo. Questões deste tipo são chamadas de ***filtro***. São utilizadas para evitar que se façam perguntas não pertinentes para a entrevistada. Nestes casos, não confie na sua memória. Vá até a questão anterior indicada e verifique a resposta dada. Lembre-se de que você não precisa e nem deve fazer a pergunta novamente para a entrevistada.

5) Ética e Segurança

Existe uma série de questões íntimas e delicadas no questionário, principalmente as relacionadas à conduta sexual e percepções de raça. Entretanto, outras pesquisas já trabalharam com questões similares em todo o mundo. Estes estudos mostram que, quando entrevistadas de maneira sensível, sem julgamentos e em ambiente reservado, a maioria das mulheres discutem suas vivências sem problemas. Freqüentemente, acham a experiência benéfica para elas próprias.

É importante que você se sinta à vontade ao falar sobre estas questões. Se a entrevistada perceber que você está embaraçada ou constrangida com o assunto, pode relutar em responder as perguntas. Uma boa maneira de ficar mais à vontade é praticar a leitura das perguntas. Ao fazê-lo, utilize exatamente as palavras que estão escritas.

Por estes motivos, se você sentir, durante o processo de treinamento, que não conseguirá manter uma postura adequada ou que está tendo dificuldades em fazer perguntas delicadas, você deve se comunicar com a ***Coordenadora de Campo*** ou com os professores responsáveis. Da mesma forma, se a coordenação avaliar que você não mantém a postura adequada ou que está tendo dificuldades com estas questões, entraremos em contato com você e é possível que você não possa participar do trabalho.

5.1. Consentimento individual e participação voluntária

Como se discutir anteriormente, é importante que todas as mulheres que participem da pesquisa o façam por livre e espontânea vontade e não sejam, de forma alguma, pressionadas para realizar a entrevista. Por esta razão, você deve efetuar os procedimentos de consentimento no início de cada entrevista e assinar o termo para indicar que seguiu corretamente os mesmos. Mesmo que uma mulher tenha concordado em participar do estudo, ela poderá parar a entrevista quando quiser e pular qualquer pergunta que não queira responder.

5.2. Confidencialidade

Grande parte das informações a serem fornecidas pelas participantes são de caráter estritamente pessoal. Serão tomadas todas as medidas para garantir, durante a apresentação dos resultados da pesquisa, que nenhuma residência ou pessoa possam ser identificasas. Por isto, é de fundamental importância manter a confidencialidade das informações coletadas. Para tanto:

- Você não deve divulgar nenhuma informação coletada para familiares, amigos, conhecidas ou outras entrevistadas;
- Nenhuma entrevistadora deve conduzir entrevistas com pessoas conhecidas. Neste caso, comunique-se com sua supervisora;
- Na ***Seção de Identificação do Questionário*** e no ***Quadro de Moradores do Domicílio*** você deve escrever apenas o primeiro nome, apelido ou, se a entrevistada requerer, um nome fictício para a entrevistada e para as pessoas residentes no domicílio. Você deve fazer isso apenas uma vez;

- Quando sair do domicílio ou do cômodo, você deve certificar-se de não haver esquecido nenhum documento ou questionário.

Lembre-se, estamos prometendo confidencialidade e é assim que ganhamos a confiança das mulheres selecionadas. É nossa obrigação cuidarmos para que as informações que coletamos não tenham uso indevido.

5.3. Segurança da entrevistada

- Você deve referir-se ao estudo somente e sempre como *PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE*;
- Você deve realizar as entrevistas somente em locais reservados e seguros. Somente crianças com até 2 (dois) anos de idade poderão estar presentes. Quando se fizer necessário, poderão ser identificados locais fora do domicílio onde a entrevista possa ser realizada (igreja, hospital, etc.). Se necessário, você deverá pedir ajuda a outra entrevistadora ou à supervisora manter a privacidade;
- O questionário jamais deve ser fornecido para ninguém, mesmo antes da entrevista, nem que seja apenas para uma "olhada". Isso inclui o motorista, líderes locais, policiais, chefe do domicílio, marido, sogra e a própria entrevistada;
- Você deve seguir os conselhos da entrevistada sobre quando e onde entrevistá-la. Ela é quem mais sabe o que é melhor para ela. Logo, você não deve tentar pressioná-la a começar ou a continuar uma entrevista quando ela não quiser, mesmo que ela queira marcar a entrevista para um horário que não seja conveniente para o cronograma de trabalho;
- Você não deve prosseguir uma entrevista se ela for interrompida. Se isso acontecer, você deve tentar conseguir mais privacidade. Em algumas situações, pode ser necessário para a entrevista. No item seguinte são discutidas algumas estratégias para lidar com este tipo de situação.

5.4. Como lidar com interrupções

Se uma entrevista for interrompida, você deve usar de bom senso para decidir se pára a entrevista ou não. Se for interrompida por uma criança menor de 2 (dois) anos de idade, você poderá continuar a entrevista. Se for interrompida por uma criança um pouco mais velha, pergunte se há alguém que possa tomar conta da criança até que vocês terminem. Se a entrevistada precisar interromper a entrevista por outras razões, seja paciente e, se possível, espere que ela termine a

tarefa e então continue a entrevista.

Se uma entrevista for interrompida por uma criança mais velha, por um adolescente ou por um adulto, há duas opções:

1. Explorar maneiras de obter privacidade para poder continuar a entrevista. Você pode dizer para a pessoa que interrompeu: "Estou fazendo uma entrevista sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e algumas perguntas são pessoais. Por isso preciso fazer a entrevista em particular. Você preferiria que nós fôssemos para algum outro lugar para podermos terminar ou poderíamos fica aqui a sós um pouco mais?"
2. Marque um novo horário para o restante da entrevista. Você pode enfatizar para a entrevistada que é importante falar com ela em ambiente reservado e ver com ela se há algum lugar onde poderiam ir juntas para terminar a entrevista. Se isso não for possível, você deve remarcar a entrevista.

6) Bem-estar da Entrevistadora

Durante o treinamento, se achar o assunto difícil de lidar e decidir que não deseja participar da pesquisa, comunique-se com a ***Coordenadora de Campo*** ou com os professores responsáveis. Sinta-se à vontade para descontinuar sua participação. Isto não terá nenhuma conseqüência para você.

Se você se sentir exausta em demasia ou com alguma dificuldade específica durante o trabalho de campo, informe à supervisora de sua equipe.

Em caso de doença ou problemas pessoais que a impeçam de trabalhar, comunique-se com a supervisão ou com a coordenação da pesquisa o mais rapidamente possível para que possamos resolver a situação.

É importante que você veja a si mesma como parte de uma equipe e que todas trabalhem com o apoio umas das outras.

6.1. Segurança das entrevistadoras

O seu bem-estar e segurança são primordiais. Não vale a pena arriscar-se por nenhuma entrevista. Abaixo estão listadas algumas das preocupações comuns com a segurança que podem surgir durante o trabalho de campo e maneiras de lidar com elas.

1. Quando for a uma entrevista ao entardecer ou à noite, as entrevistadoras devem andar

sempre acompanhadas;

2. Em lugares arriscados tais como favelas, será providenciado a companhia de uma liderança local;
3. As entrevistadoras devem sempre informar a pelo menos um outro membro da equipe, de preferência a supervisora, sobre aonde estão indo e em que horário;
4. Você deve consultar sua supervisora (ou a coordenadora de campo, se a supervisora não estiver disponível) se o marido ou companheiro da entrevistada exigir ver o questionário ou ficar presente durante a entrevista;
5. Procure não "explicar" ou "esclarecer" a pesquisa e as questões para os maridos ou companheiros "difíceis", a não ser que a entrevistada peça;
6. Você deve ter total liberdade para solicitar qualquer tipo de ajuda ou apoio de sua equipe para assegurar que você tenha segurança para realizar a entrevista;
7. Você deve usar o seu bom senso e pôr fim à entrevista caso se sinta em perigo;
8. Você deve ser extremamente cautelosa no que diz respeito a revelar seu endereço ou outras informações pessoais para a entrevistada e/ou seus familiares. Procure sempre encaminhar estas pessoas para os endereços e telefones de contato presentes no termo de consentimento;
9. Você não deve oferecer ajuda ou benefícios de qualquer tipo para a participante.

7) Condições de Trabalho e Expectativas

7.1. O que se espera das entrevistadoras

Como entrevistadora, contamos com você para coletar informações de qualidade. O questionário foi planejado para atingir os objetivos deste projeto. É muito importante manter padrões consistentes na coleta dos dados. Para tanto, você deverá garantir:

- Profissionalismo e coleta de dados de qualidade;
- Que as entrevistas sejam realizadas em ambiente reservado;
- Que a entrevistada se sinta à vontade com você;
- Que as informações fornecidas sejam registradas com exatidão;
- Respeito e sigilo com a entrevistada e suas informações.

7.2. Condições de trabalho

Você será contratada como prestadora de serviços durante aproximadamente 35 (trinta e

cinco) dias e receberá por dia trabalhado, de forma que 30 (trinta) dias perfaçam R$1.100,00. Isso implica em trabalhar de segundas a sextas-feiras em horário integral e sábados em meio horário. A coordenação do projeto procurará assegurar que você trabalhe com os recursos e apoios adequados. Contudo, haverão períodos durante os quais você trabalhará em situações difíceis.

7.3. Mecanismos de controle de qualidade

Sua supervisora irá monitorar a qualidade de suas entrevistas ao longo do trabalho de campo. Isso incluirá checagens aleatórias e novas entrevistas com algumas mulheres que você entrevistou. As entrevistadoras que realizarem trabalho de baixa qualidade ou agirem sem profissionalismo, serão advertidas. Dependendo das circunstâncias, a pessoa será convidada a desligar-se da pesquisa.

Aquelas que inventarem entrevistas ou respostas serão imediatamente desligadas da pesquisa.

7.4. Condições de contratação

1. Todas as funções são vitais para o sucesso da pesquisa. Se você aceitar sua função, sua presença será exigida em todos os dias de trabalho de campo;
2. A não ser em caso de doença, qualquer entrevistadora que falte durante o trabalho de campo – seja o dia inteiro ou parte do dia – sem autorização prévia da supervisora poderá ser dispensada da pesquisa;
3. Ao longo do período de trabalho de campo, você estará representando a Universidade Federal de Minas Gerais. Sua conduta deverá ser profissional. Devemos trazer sempre em mente o fato de que só podemos realizar nosso trabalho com a boa vontade e a cooperação das pessoas que entrevistamos. Portanto, qualquer membro da equipe que seja continuamente agressivo, rude ou desrespeitoso com as pessoas no campo poderá ser dispensado;
4. Os veiculos, combustível e telefones são fornecidas para a pesqisa apenas para uso em serviço. Não será permitido fazer uso desses itens por motivos pessoas, a não ser com autorização prévia da supervisão ou coordenação;
5. Os dados coletados são confidenciais e de usufruto do Cedeplar-UFMG. Não devem ser divulgados para ninguém.

ANEXO II - Item 2: Instruções para Listagem de Moradores e Seleção da Pessoa Elegível a ser Entrevistada

O objetivo da entrevista inicial em cada domicílio selecionado para a amostra é determinar a lista completa de moradores do domicílio, quer tais moradores estejam presentes ou não no momento da entrevista. Para essa finalidade, o entrevistador deve indagar de pessoa adulta responsável que o receber informações que permitam identificar todos os moradores do domicílio, e registrar tais informações num quadro como o exemplificado no quadro abaixo.

A primeira pessoa a ser incluída na relação de moradores deve ser a pessoa identificada como responsável pelo domicílio ou pessoa de referência. Para esta pessoa, bem como para todas as demais, registrar na linha correspondente o nome, a condição no domicílio, o sexo e a idade em anos completos na data da entrevista. Após a inclusão da pessoa responsável, devem ser listadas todas as mulheres moradoras do domicílio em ordem decrescente de idade (da mulher mais idosa para a mais jovem). Depois de terminada a listagem das moradoras, iniciar então a listagem dos moradores homens, também na ordem decrescente de idade (do mais idoso para o mais jovem). O entrevistador, após concluir a listagem dos moradores, deve indagar do informante se nenhum morador foi esquecido, revisando se necessário a lista de moradores elaborada.

Os códigos para condição no domicílio a serem preenchidos na coluna (3) do quadro de moradores podem ser usados para identificar a relação de cada morador com a pessoa responsável. Por exemplo, a pessoa responsável (que deve ser sempre a primeira listada) receberá o código 1. Para todos os demais moradores, os códigos válidos serão definidos pela coordenação da pesquisa, e poderão representar categorias tais como, por exemplo, cônjuge, filho/filha, genro/nora, pai/mãe, sogro/sogra, outro parente, agregado/inquilino, empregado doméstico, etc.

O sexo e a idade são essenciais para permitir a identificação das pessoas elegíveis. Estas (mulheres de 15 a 59 anos completos de idade) serão identificadas mediante numeração seqüencial começando em 1 lançada na coluna (6) do quadro. Para pessoas não elegíveis, a linha correspondente na coluna (6) deve receber um traço horizontal. Finalmente, a coluna (7) será usada para identificar com a palavra SIM a moradora elegível selecionada para entrevista, se houver. Ao final do quadro há uma quadrícula onde deve ser registrado o número total de mulheres elegíveis existentes no domicílio. Se este número for zero, a entrevista inicial deve ser encerrada e o entrevistador deve registrar o motivo com o código correspondente a “domicílio sem pessoas elegíveis”.

Nos domicílios em que houver mulheres elegíveis, a seleção da moradora elegível para entrevista segue uma regra simples: caso exista somente uma moradora elegível, esta será a selecionada para ser entrevistada. Caso existam duas ou mais moradoras elegíveis, o entrevistador deverá consultar a etiqueta de seleção de moradora para entrevista colada logo abaixo do quadro de listagem dos moradores.

Nesta etiqueta, localizar a coluna correspondente ao número total de moradoras elegíveis do domicílio. Na linha abaixo da numeração desta coluna, o entrevistador vai encontrar o número de ordem da moradora selecionada para entrevista, que terá sido previamente selecionado por amostragem aleatória simples sem reposição. O entrevistador então marcará na linha cujo valor da coluna (6) do quadro de moradores corresponde a este número de ordem a palavra SIM na coluna (7) do quadro, e esta deverá ser a moradora selecionada para ser entrevistada, não se admitindo substituição ou prestação das informações por terceiros.

Caso a moradora selecionada não esteja presente no momento da entrevista inicial, o entrevistador marcará nova visita, preferencialmente em horário no qual a pessoa selecionada vá estar presente, para então conduzir a entrevista com esta pessoa. O protocolo de pesquisa deve especificar um número mínimo de visitas para tentar entrevistar a pessoa selecionada antes de considerar que a entrevista não foi realizada. Sugere-se que esse número seja de três tentativas.

Quadro para listagem de moradores nos domicílios selecionados

Número do Morador (1)	**Primeiro Nome (2)**	**Condição no domicílio (3)**	**Sexo (M=1, F=2) (4)**	**Idade (5)**	**Número de ordem das elegíveis (6)**	**Moradora selecionada (7)**
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Número total de moradoras elegíveis no domicílio:

ETIQUETA PARA SELEÇÃO DA MORADORA ELEGÍVEL A ENTREVISTAR

Número de mulheres de 15 a 59 anos no domicílio
[Número de ordem da mulher selecionada]
1[1] 2[2] 3[2] 4[3] 5[4]
6[2] 7[2] 8[7] 9[5] 10[6]

ANEXO III - Item 1: SRSR - Check list

Preparação de Pastas e Questionários

(cada pasta conterá o número exato de questionários a serem aplicados nos domicílios sorteados)

1°) Seguindo a ordem de execução de setores, Localizar

- Etiqueta de Identificação das Pastas (Distrito Subdistrito Setor - nº de Ordem) ➔após conferida a Lista de Domicílios Sorteados, PREENCHER a Etiqueta com os números inicial e final dos questionários daquele setor
- 2 Mapas do Setor (o original para a supervisora / o xerox para colar na pasta)
- 2 fichas de monitoramento de setor
- 2 fichas de acompanhamento de entrevista

2°) Verificar se o questionário tem erros de impressão (conferir a seqüência das páginas, páginas em branco etc.)

3°) Na Página 1 PREENCHER

- Numeração do Questionário nesta ordem: [distrito] [Subdistrito] [Setor] [Num. Questionário]
- Quesito A: endereço do domicílio
- Quesito C: [distrito] [Subdistrito] [Setor]
- Quesito D: Tipo de setor=1
- Quesito E: Número do Questionário (com 4 dígitos)
- Quesito N: Nome do Crítico

4°) Na Página 3 COLAR a "etiqueta de seleção" da entrevistada.

5°) Na Capa e nas Páginas 2 até a 7

- PREENCHER a numeração do Questionário nesta ordem: [distrito] [Subdistrito] [Setor] [Num. Questionário]

Preparação da Listagem de Domicílios Sorteados

1°) Separar as listas de Domicílios Sorteados seguindo a ordem de execução dos Setores;

2°) Verificar se a lista de Dom. Sorteados confere com a listagem de domicílios feita (conferir o "nome da rua", "número" e o "Complemento")

3°) Anotar na Lista de Dom. Sorteados eventuais referências para o Supervisor de Campo (ex. proximidades, números anteriores e posteriores ao sorteado)

4°) Anotar na Lista de Dom. Sorteados o número do questionário correspondente.

5°) Após preencher os questionários, guardar a lista no arquivo de pastas suspensas.

ANEXO III - Item 2: Planilha de Controle de Campo - Supervisoras

Município:	BELO HORIZONTE

Distrito:	
Subdistrito:	
Setor:	

Nome Supervisora:	
Código:	

Nº do Quest.	Endereço	1ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	2ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	3ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	4ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	5ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	6ª Visita Data	Entrevistadora	Resultado	Resultado Final

ANEXO III - Item 3: Planilha de Controle de Escritório

SRSR: UFMG - CEDEPLAR / SOS Corpo
Controle de Escritório
Belo Horizonte

No.do Setor: [__ __] [__ __] [__ __ __ __]
Supervisor de Campo:
Data de Início: / / 2002
Data de Conclusão: / / 2002

Ao Final da Checkagem: [__] alfinete "Amarelo" no Setor
[__] etiqueta "Campo OK"

				Situação				Situação
número do	**Data de**	**Data de**	**Nome**	1 - Aprovado/Ok	**Data da**	**Data da**	**Nome**	1 - Aprovado/Ok
Questionário	**Recebimento**	**Checkagem**		2 - Retornar a campo	**RE-entrega**	**RE-checkagem**		2 - Retornar a campo
				3 - Dúvidas/Rever				3 - Dúvidas/Rever
0001								
0002								
0003								
0004								
0005								
0006								
0007								
0008								
0009								
0010								
0011								
0012								
0013								
0014								
0015								
0016								
0017								
0018								
0019								
0020								
0021								
0022								
0023								
0024								

ANEXO III - Item 2: Roteiro de Observação de Entrevistas

Observar entrevistas faz parte das atividades da pesquisa que visam manter a qualidade da informação assim como garantir o tratamento ético e respeitoso para com as mulheres entrevistadas.
Você deve manter-se em silêncio, deixando a condução da entrevista por conta da entrevistadora.
Sente-se próxima à entrevistadora para observar suas anotações.

Entrevistadora: _____ Setor Censitário: _____ Supervisora: _____

Data: _____ / _____ / _____ Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____

Na primeira abordagem dos moradores do domicilio sorteado, a entrevistadora

1.	Explica claramente quem ela é e quais são os objetivos da pesquisa?	SIM..... NÃO 0
2.	Indaga tranqüilamente quais são as mulheres residentes?	SIM..... NÃO 0
3.	Preenche o quadro de moradores e utiliza a etiqueta de seleção corretamente?	SIM..... NÃO 0

No contato com a mulher sorteada, a entrevistadora:

4.	Explica claramente quem ela é e quais são os objetivos da pesquisa?	SIM..... NÃO 2
5.	Explica adequadamente a pesquisa e obtém o consentimento informado?	SIM..... NÃO 2
6.	É garantido um local privado para prosseguir a entrevista?	SIM..... NÃO 2

Durante a entrevista com a mulher, a entrevistadora:

7.	Conduz a entrevista com calma, dando tempo para a entrevistada entender?	SIM..... NÃO 2
8.	Anota adequadamente as respostas?	SIM..... NÃO 2
9.	Tem postura compreensiva e empática na relação com a entrevistada?	SIM..... NÃO 2

OBSERVAÇÕES

ANEXO IV - Item 1: Questionário

CEDEPLAR

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE

Abril/Maio 2002

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

a.Endereço do domicílio:_____

_____

b. Município: **RECIFE**

c. Setor: [_____] [_____] [_____]

d. Tipo do setor: [____]

e. Número do questionário: [_____]

QUADRO DE RESULTADOS DAS VISITAS

f. Visita	g. Data	h. Hora **(início)**	i. Hora **(fim)**	j. Entrevistadora	k. Resultado
1	___(dia) /___(mês)	_____:_____	____:____		
2	___(dia) /___(mês)	____:____	____:____		
3	___(dia) /___(mês)	____:____	____:____		
4	___(dia) /___(mês)	____:____	____:____		
5	___(dia) /___(mês)	____:____	____:____		
6	___(dia) /___(mês)	____:____	____:____		

CÓDIGOS DE RESULTADOS (COLUNA K):

01 - DOMICÍLIO DESOCUPADO OU ENDEREÇO NÃO É DOMICÍLIO;
02 - DOMICÍLIO DEMOLIDO OU DESTRUÍDO;
03 - DOMICÍLIO NÃO ENCONTRADO OU INACESSÍVEL;
04 - TODAS AS PESSOAS DO DOMICÍLIO AUSENTES POR LONGO PERÍODO;
05 - NENHUM MEMBRO NO DOMICÍLIO QUANDO DA VISITA;
06 - RECUSA EM ABRIR O DOMICÍLIO;
07 - NENHUMA MULHER ELEGÍVEL NO DOMICÍLIO;
08 - SELECIONADA NÃO ESTAVA EM CASA;
09 - SELECIONADA INCAPACITADA DE DAR ENTREVISTA;
10 - SELECIONADA ADIOU A ENTREVISTA;
11 - SELECIONADA RECUSOU-SE A DAR ENTREVISTA;
12 - ENTREVISTA INTERROMPIDA E REMARCADA;
13 - ENTREVISTA COMPLETA.

l. Supervisora: _____ (nome); ____ (dia) / ____ (mês) / 2002
m. Coordenadora: _____ (nome); ____ (dia) / ____ (mês) / 2002
n. Crítico(a): _____ (nome); ____ (dia) / ____ (mês) / 2002
o. Codificador(a): _____ (nome); ____ (dia) / ____ (mês) / 2002
p. Digitador(a): _____ (nome); ____ (dia) / ____ (mês) / 2002

INTRODUÇÃO (nome da pesquisa, realizadores, objetivos, sigilo e anonimato) PARA O(A) MORADOR(A) QUE ABRIR O DOMICÍLIO (ATENÇÃO: entrevistar **SOMENTE** morador do domicílio com 18 anos ou mais): CONSENTIMENTO INFORMADO VERBAL PARA PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES DOMICILIARES

PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE E RECIFE

CONSENTIMENTO ORAL PARA O PREENCHIMENTO DO QUADRO DOMICILIAR E CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

Este termo deve ser lido pela entrevistadora para o(a) morador(a) maior de 18 anos que atender à porta. Caso atenda alguém com menos de 18 anos, solicitar a presença do responsável pelo domicílio, pai, mãe, avós, irmãos mais velhos, tios, de preferência do sexo feminino.

Bom dia/boa tarde/boa noite, meu nome é _____. Trabalho para Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG – se necessário explique o que é). Estamos realizando um estudo em Belo Horizonte e Recife para fazer um levantamento sobre questões da saúde da mulher neste município. Sua casa foi uma das selecionadas para participar da pesquisa. Dentro de cada casa, selecionaremos ao acaso uma mulher entre 15 e 59 anos para fazer a entrevista completa.

Vou fazer algumas perguntas sobre todos os moradores desse domicílio e sobre algumas características desta residência. As suas respostas permitirão que seja possível a seleção da pessoa que entrarei em contato para fazer a entrevista completa.

Posso garantir que tudo o que você responder é absolutamente confidencial e nenhum nome completo ou endereço será associado às suas respostas. Você pode deixar de responder qualquer pergunta que quiser e pode parar a entrevista se achar necessário.

Você só participa se quiser, mas suas respostas serão muito úteis para a saúde da mulher nesta cidade, nesse estado e no Brasil. Você concorda em me fornecer essas informações?

[ ] NÃO CONCORDA (agradeça a recepção)

[ ] CONCORDA (aqui é um bom lugar para conversar ou você gostaria de ir a algum outro lugar?)

nome do(a) entrevistado(a): _____

++

++

Declaro que li o consentimento acima e a(o) entrevistada(o) está de acordo em fornecer as informações iniciais,

ENTREVISTADORA:_____ Assinatura: _____ Data: _____/_____/2002

0) CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

QUADRO DE MORADORES DO DOMICÍLIO

1 nº da linha	2 Primeiro nome	3 Sexo	4 Idade	5 Mês e ano de nascimento	6 Relação c/ responsável domicílio	7 Está estudando?	8 Qual foi a última série/grau que concluiu com aprovação	9 ELEGÍVEL
1		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
2		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
3		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
4		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
5		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
6		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
7		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
8		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
9		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
10		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
11		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
12		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
13		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
14		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
15		☐M ☐F		__/__	_____	☐sim ☐não	___ série ___ grau	
TOTAL DE ELEGÍVEIS: _____								

ETIQUETA DE SELEÇÃO

Coluna 2: Registrar o primeiro nome de **TODOS** os moradores habituais, inclusive ausentes, exclusive visitantes (aqueles que estejam pernoitando por menos de 4 semanas) e empregados domésticos que durmam menos de 5 noites por semana no domicílio; iniciar pelo(a) responsável pelo domicílio, depois cônjuge, depois filhos e descendentes, depois pais e descendentes, depois sogros e dependentes, outros parentes, agregados, e sem parentesco; **dentro de cada grupo, listar por ordem decrescente de idade**; se mais de uma família, iniciar pela família responsável pelo domicílio; RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO: indivíduo que mais contribui nos gastos do mesmo.

Coluna 3: Marcar a letra correspondente ao sexo do morador (M=masculino; F=feminino);

Coluna 4: Registrar idade em anos completos; se menos de 1 ano, registrar número de meses ; se menos de 1 mês, registrar em dias completos; em caso de meses e dias, registrar a forma que está usando (em caso de anos, registre apenas o número);

Coluna 5: Data de nascimento: registrar mês e ano (ano com 4 dígitos);

Coluna 6 – Códigos de Parentesco: (1) responsável pelo domicílio; (2) cônjuge/companheiro(a); (3) filha(o); (4) neto/neta; (5) pai/mãe; (6) sogro(a); (7) genro/nora; (8) cunhado(a); (9) filha(o) adotada(o)/enteada(o); (10) outro familiar; (11) sem parentesco; (12) não sabe.

Coluna 8: Para jardim de infância ou pré-primário registrar o código **91** para série e grau; para menos de 1 ano de estudo, registre 00; para curso superior, registrar, como série, o número de **anos completos** (em caso de pós-graduação, para série, some o número de anos da graduação com o número de anos da pós-graduação); em caso de supletivo completo, registrar o grau e o código **92** para série; para outros tipos de curso, registrar o grau e o código **93** para série.

Coluna 9: Essa coluna só deve ser preenchida após o preenchimento completo de todas as colunas precedentes. As pessoas elegíveis para a entrevistadores são mulheres nascidas entre **2 de abril de 1942 (inclusive) e 1 de abril de 1987 (inclusive)**. Pessoas do sexo masculino e mulheres nascidas antes ou depois destas datas **não devem ser entrevistadas**. **Colocar um traço para os indivíduos**

não elegíveis e numerar as elegíveis em ordem crescente.

10.	Este domicílio é...? LEIA AS OPÇÕES	(1) próprio pago (2) próprio em pagamento (3) alugado (4) cedido (5) Outro (especifique): _____
11.	Quantos cômodos tem esse domicílio?	_____ cômodos
12.	Quantos cômodos são utilizados para dormir?	_____ cômodos
13.	Qual é o material predominante do telhado?	(1) telha (2) laje de concreto (3) madeira aparelhada (4) zinco (5) madeira aproveitada (6) palha (7) Outro (especifique): _____
14.	Qual é o material predominante das paredes?	(1) alvenaria (2) madeira aparelhada (3) taipa não revestida (4) madeira aproveitada (5) palha (6) Outro (especifique): _____
15.	Este domicílio tem água canalizada em pelo menos um cômodo?	(1) sim (0) não
16.	De onde vem a água utilizada no domicílio?	(1) rede geral de distribuição (2) poço ou nascente (3) Outro (especifique): _____
17.	O domicílio ou o terreno tem algum banheiro ou sanitário? Quantos?	_____ banheiro(s)/sanitário(s)
18.	Esse banheiro ou sanitário é de uso...? LEIA AS OPÇÕES	(1) só do domicílio (2) comum a mais de um domicílio
19.	Como é feito o escoamento (ESGOTO) deste banheiro ou sanitário?	(1) rede coletora de esgoto ou pluvial (2) fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial (3) fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial (4) fossa rudimentar (5) vala (6) direto para rio, lago ou mar (7) Outro (especifique): _____
20.	Qual o destino/Para onde vai o lixo deste domicílio?	(1) coletado diretamente (2) coletado indiretamente (3) queimado ou enterrado na propriedade (4) jogado em terreno baldio ou logradouro (5) jogado em rio, lago ou mar (6) Outro (especifique): _____
21.	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	(1) elétrica, de rede (2) elétrica, outra fonte (3) óleo, querosene ou gás de botijão (4) Outro (especifique): _____
22.	Este domicílio tem rádio? Quantos?	_____
23.	Este domicílio tem televisão em preto e branco? Quantas?	_____
24.	Este domicílio tem televisão a cores? Quantas?	_____

25.	Este domicílio tem video-cassete? Quantos?	____
26.	Este domicílio tem máquina de lavar roupa ou tanquinho? Quantos?	___ máquina(s) de lavar roupas ___ tanquinho(s)
27.	Este domicílio tem geladeira? Quantas?	____
28.	Este domicílio tem freezer? Quantos?	____
29.	Este domicílio tem microondas? Quantos?	____
30.	Este domicílio tem telefone fixo? Quantos?	____
31.	Este domicílio tem automóvel? Quantos?	____
32.	Este domicílio tem motocicleta? Quantos?	____
33.	Este domicílio tem computador? Quantos?	____
34.	Este domicílio tem empregada (diarista ou mensalista)? Quantas?	____

IDENTIFICAR A MULHER SORTEADA, LOCALIZÁ-LA E MARCAR ENTREVISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é _____. Eu trabalho para a Universidade Federal de Minas Gerais. Nós estamos realizando uma estudo em Belo Horizonte e Recife para saber mais sobre a situação de saúde das mulheres. A sua casa foi uma das selecionadas para participar da pesquisa e, na sua casa, a Senhora foi a mulher selecionada para ser entrevistada. Caso concorde em participar desta pesquisa, a Senhora irá responder a um questionário com perguntas sobre sua vida e sua saúde.

Posso garantir para a Senhora que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Eu não vou deixar escrito seu nome ou o seu endereço. A Senhora tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas.

Você só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil.

Se a Senhora tiver alguma dúvida pode falar também com a minha supervisora. O nome dela é _____ e o seu telefone é_____. E se quiser ter mais informações sobre a pesquisa, pode ligar para os/as coordenadores/as:

ANA PAULA PORTELLA - SOS Corpo Gênero e Cidadania
Rua Real da Torre, 593, 50610-000, Madalena, Recife PE; Tel.: 34452086, Fax: 34452086

Profa. PAULA MIRANDA RIBEIRO – Coordenação Nacional, Cedeplar-UFMG
Rua Curitiba 832, 9º andar, Belo Horizonte 30170-120 MG; Tels.: 32799152 ou 99412520

Prof. ANDRÉ JUNQUEIRA CAETANO – Coordenação Nacional, Cedeplar-UFMG
Rua Curitiba 832, 9º andar, Belo Horizonte 30170-120 MG; Tels.: 32799092 ou 99531135

A entrevista dura mais ou menos 60 minutos.

Se a Senhora concordar em dar a entrevista, eu gostaria que a Senhora assinasse este documento, indicando que concorda em participar da pesquisa e que está devidamente informada sobre os objetivos e as condições do trabalho.

CONSENTIMENTO

Tendo sido informada sobre os objetivos e as condições de realização da pesquisa, estou ciente de que a minha participação na pesquisa é voluntária. Minha participação não irá me trazer nenhuma conseqüência junto às instituições envolvidas na pesquisa. Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas do questionário.

Local: **RECIFE**, _____/_____/2002

Assinatura da participante: _____Local para digitais:
Assinatura do(a) responsável/testemunha:_____
Assinatura da entrevistadora: _____

É importante que a gente converse a sós. Aqui é um lugar bom para fazer a entrevista, ou há algum outro lugar onde você gostaria de ir?

1) CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTADA

100.	ALTER-CLASSIFICAÇÃO (NÃO FAZER A PERGUNTA – OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR):	(1) Br (2) pr (3) pa (4) am (5) in	
101.	NOME DA ENTREVISTADA:	_____	
102.	NÚMERO DA LINHA DA ENTREVISTADA NO QUADRO DE DOMICÍLIO:	___	
103.	Qual é a data de seu nascimento?	_____ (dia)/_____ (mês)/_____ (ano – 4 dígitos)	
104.	Então você tem quantos anos? ANOS COMPLETOS	___ anos	
105.	Você nasceu e sempre morou neste município?	(0) não (1) sim e sempre morou (2) nasceu, mas morou em outro	**prossiga** **→ 115** **→ 107**
106.	Qual o município-estado (OU PAÍS ESTRANGEIRO) em que nasceu?	município: _____ UF: ____ país estrangeiro: _____	
107.	Há quantos anos **ininterruptos** mora neste estado?	____ anos	
108.	Há quantos anos **ininterruptos** mora neste município?	____ anos	**se >= 10 → 115**
109.	Em qual município-estado (OU PAÍS ESTRANGEIRO) você que morava antes?	município: _____ UF: ____ país estrangeiro: _____	
110.	Lá você morava na área rural ou urbana?	(1) urbana (2) rural	
111.	Antes de morar em [MUNICÍPIO/PAÍS ESTRANGEIRO DE 109], morou em outro município ou país estrangeiro?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 115**
112.	Em que município-estado ou país estrangeiro morava antes de [MUNICÍPIO/PAÍS ESTRANGEIRO DE 109]:	município: _____ UF: ____ país estrangeiro: _____	
113.	Quanto anos residiu em [MUNICÍPIO/PAÍS ESTRANGEIRO DE 112]?	____ anos	
114.	Em [MUNICÍPIO/PAÍS ESTRANGEIRO DE 112], você morava na área rural ou urbana?	(1) urbana (2) rural	
115.	Em que município-estado ou país estrangeiro você trabalha ou estuda?	(1) neste município (2) não trabalha nem estuda (3) município: _____ UF: ____ (4) país estrangeiro: _____	
116.	Qual é o seu estado civil, atualmente?	(1) casada (2) unida (3) solteira (4) divorciada/separada (5) viúva	
117.	Você freqüenta escola?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 119**
118.	Qual curso (EDUCAÇÃO FORMAL) freqüenta?	_____	**→ 122**
119.	Você freqüentou escola?	(1) sim (0) não	**→ 122** **prossiga**
120.	Você sabe ler e escrever?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 124**
121.	Você pode ler uma carta ou jornal facilmente, com dificuldade ou não consegue ler?	(1) facilmente (2) com dificuldade (3) não consegue ler	**qualquer resposta:** **→ 124**

122.	Qual foi a última série que você concluiu com aprovação?	____ série
123.	Qual o grau dessa série que completou?	____ grau
124.	Qual é a sua cor?	_____
125.	Qual é a sua raça?	_____
126.	Qual é a sua cor/raça, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca **prossiga** (2) preta **prossiga** (3) parda **prossiga** (4) amarela/oriental **→ 131** (5) indígena **→ 131**
127.	Qual é a sua cor/raça, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) negra (3) parda
128.	Qual é a sua cor/raça, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) preta (3) morena
129.	Qual é a sua cor/raça, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) negra (3) morena
130.	Qual é a sua cor/raça, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) negra (3) mulata
131.	Qual é a cor/raça do seu pai?	_____
132.	Qual é a cor/raça de sua mãe?	_____
133.	Qual é a cor/raça do seu pai, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela/oriental (5) indígena
134.	Qual é a cor/raça de sua mãe, segundo as categorias...? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) preta (3) parda (4) amarela/oriental (5) indígena
135.	Como você classificaria o **cantor Netinho** quanto à raça/cor? LEIA AS OPÇÕES	(1) branco (2) negro (3) mulato (4) não conhece/não sabe
136.	Como você classificaria a **atriz Camila Pitanga** quanto à raça/cor? LEIA AS OPÇÕES	(1) branca (2) negra (3) mulata (4) não conhece/não sabe
137.	Como você classificaria o **político Luís Inácio Lula da Silva** quanto à raça/cor? LEIA AS OPÇÕES	(1) branco (2) negro (3) mulato (4) não conhece/não sabe
138.	Como você classificaria o **lutador de boxe Popó** quanto à raça/cor? LEIA AS OPÇÕES	(1) branco (2) negro (3) mulato (4) não conhece/não sabe
139.	Como você classificaria o **jogador de futebol Ronaldinho** quanto à raça/cor? LEIA AS OPÇÕES	(1) branco (2) negro (3) mulato (4) não conhece/não sabe

140.	Na sua vida diária, já aconteceu de...									
(1) ...você ser mal tratada por causa da sua aparência?		(2) ...você ser tratada de maneira diferente por causa da cor da sua pele?		(3) ...você ser tratada de maneira diferente por ser mulher?		(4) ...das pessoas agirem como se você fosse desonesta?		(5) ...de você ser vigiada ou seguida em lojas?	
(1) sim (2) não	→ 141-1 → 140-2	(1) sim (2) não	→ 141-2 → 140-3	(1) sim (2) não	→ 141-3 → 140-4	(1) sim (2) não	→ 141-4 → 140-5	(1) sim (2) não	→ 141-5 → 142

141.					
(1) Com que freqüência?	(2) Com que freqüência?	(3) Com que freqüência?	(4) Com que freqüência?	(5) Com que freqüência?
(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca	(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca	(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca	(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca	(1) frequentemente (2) às vezes (3) raramente (4) nunca
→ 140-2	→ 140-3	→ 140-4	→ 140-5	→ 142

142.	**CONFIRA 126**	___ *BRANCA, AMARELA OU INDÍGENA* ___ *PRETA OU PARDA*	**prossiga** → 144

143.	(1) Como você se sentiria se no seu trabalho você tivesse um chefe negro, você...? LEIA AS OPÇÕES	(2) Como você se sentiria se várias famílias negras fossem morar na sua vizinhança, você...? **LEIA AS OPÇÕES**	(3) Como você se sentiria se um(a) filho(a) sua se casasse com uma pessoa negra, você...? **LEIA AS OPÇÕES**
	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria
	→ 143-2	→ 143-3	→ 145

144.	(1) Como você se sentiria se no seu trabalho você tivesse um chefe que não fosse negro, você...? LEIA AS OPÇÕES	(2) Como você se sentiria se famílias que não fossem negras fossem morar na sua vizinhança, você... LEIA AS OPÇÕES	(3) Como você se sentiria se um filho(a) seu/sua se casasse com uma pessoa que não fosse negra, você: LEIA AS OPÇÕES
	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria	(1) acharia bom (2) não me importaria (3) ficaria contrariada, mas procuraria aceitar (4) não aceitaria
	→ 144-2	→ 144-3	**prossiga**

145.	Em qual religião você foi criada?	(1) nenhuma (2) católica romana (3) protestantismo histórico (4) pentecostal (6) espírita kardecista (7) afro-brasileira (8) judaísmo (9) Outra (especifique): _____
146.	Qual é a sua religião atual?	(1) nenhuma (2) católica romana (3) protestantismo histórico (4) pentecostal (6) espírita kardecista (7) afro-brasileira (8) judaísmo (9) Outra (especifique): _____

147.	Excetuando-se casamentos, batizados e falecimentos, com qual freqüencia você freqüenta cerimônias religiosas?	(1) não freqüenta (2) diariamente (3) mais de uma vez por semana (4) um vez por semana (5) mais de uma vez por mês (6) mensalmente (7) menos de 1 vez por mês	
148.	Você participa ou freqüenta regularmente algum tipo de grupo ou organização?	(1) sim (0) não	**→ 150** **prossiga**
149.	Já participou ou freqüentou regularmente algum tipo de grupo ou organização?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 151**
150.	Qual o tipo de grupo ou organização? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) grupo de mães (inclusive religioso) (B) grupo de mulheres (inclusive religioso) (C) grupo de jovens (inclusive religioso) (D) igreja (E) entidade filantrópica (F) sindicato (G) partido político (H) Outro (especifique): _____	
151.	Nos últimos 30 dias, você trabalhou ou exerceu alguma ocupação/atividade, mesmo que não remunerada?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 155**
152.	Qual foi o/a seu/sua principal trabalho/ocupação/atividade nos últimos 30 dias? (ATIVIDADE PRINCIPAL: AQUELA NA QUAL TRABALHOU MAIS HORAS)	(1) anotar: _____ (2) dona de casa (3) desempregada (4) aposentada	**prossiga** **→ 155** **→ 155** **→ 155**
153.	Você tem carteira assinada neste trabalho/ocupação/atividade?	(1) sim (0) não (2) funcionária pública (3) autônoma	
154.	Quanto você recebeu (RENDIMENTO BRUTO, SEM DESCONTOS) por este trabalho no último mês?	**R$** _____	**→ 157**
155.	Você já realizou algum trabalho remunerado/pago antes?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 157**
156.	Qual foi este trabalho?	_____ ___	
157.	Somando todos os rendimentos (trabalho, pensão, aluguéis, investimentos) de todas as pessoas deste domicílio, qual foi a renda total no último mês?	(1) **R$** _____ (2) NS/NR	

2) UTILIZAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

2(	Você tem um plano de saúde?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 213**
2(	Neste plano, você é titular ou dependente? (SE AMBOS, INVESTIGUE PARA TITULAR)	(1) titular (0) dependente	**→ 204** **prossiga**
2(	O titular deste plano mora neste domicílio?	(1) sim (0) não	
2(	Quem é o titular deste plano de saúde?	(1) morador(a) – nº da linha no quadro domiciliar: _____ (2) Outro (especifique): _____	
2(	Quem paga, na maioria das vezes, a mensalidade deste plano de saúde?	(1) entrevistada (2) empregador (3) morador(a) – nº da linha no quadro domiciliar: _____ (4) Outro (especifique): _____	
2(	Em que mês e ano você começou a ter direito a este plano?	____ (mês)/_____ (ano – 4 dígitos) ☐ NS	
2(	Este plano tem médicos, hospitais e serviços próprios?	(1) sim (0) não	
2(	Este plano oferece lista de médicos, hospitais e serviços (livrinho do convênio)?	(1) sim (0) não	
2(	Este plano dá direito a consultas?	(1) sim (0) não	
2(	Este plano dá direito a exames complementares?	(1) sim (0) não	
2	Este plano dá direito a internações hospitalares?	(1) sim (0) não	
2	Este plano dá direito a medicamentos fora da internação?	(1) sim (0) não	
2	Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelos atendimentos a que você tem direito?	(1) sim (0) não	
2	Você já teve plano de saúde antes? OU Antes desse, tinha outro plano de saúde? (COMO TITULAR OU DEPENDENTE)	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 300**
2	Você sabe qual o período em que teve direito a esse plano? De quando a quando?	de ___ (mês)/_____ (ano) a ___ (mês)/_____ (ano) ☐ NS/NL	

3) REPRODUÇÃO

300.	Agora eu gostaria de perguntar sobre todos os seus filhos e filhas nascidos vivos, sem considerar os adotivos. Você já teve algum filho(a) nascido(a) vivo(a)?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 303**
301.	Quantos filhos? Quantas filhas?	___ filhOs ___ filhAs	
302.	Tem algum filho/filha (VIVO) que não vive com você? Quantos?	___ filhOs ___ filhAs	
303.	Teve algum filho/filha que nasceu vivo, mas morreu depois, ou algum bebê que na hora do nascimento chorou ou mostrou algum sinal de vida, mas morreu depois?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 305**
304.	Quantos filhos e quantas filhas já faleceram?	___ filhOs ___ filhAs	
305.	Somente para ver se entendi corretamente, você teve no total:	000 nenhum filho nascido vivo ___ filhos nascidos vivos	**→ 307** **prossiga**
306.	E o(a) seu(ua) primeiro(a) filho(a), em que mês e ano ele(a) nasceu?	____ (mês)/_____ (ano – 4 dígitos)	
307.	No momento, você está grávida?	(1) sim (0) não (2) não tem certeza	**prossiga** **→ 310** **→ 310**
308.	De quantas semanas? (OU MESES - CIRCULE A FORMA USADA)	___ semanas / mês(es)	
309.	Esta gravidez foi planejada?	(1) sim (0) não	
310.	**CONFIRA 300**	___ ***TEVE* FILHO NASCIDO VIVO** ___ ***NÃO TEVE* FILHO NASCIDO VIVO**	**→ 312** **prossiga**
311.	Já ficou grávida alguma (outra) vez? **CONSIDERAR QUALQUER GRAVIDEZ, INCLUSIVE DE NÃO NASCIDOS VIVOS**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 900**
312.	Quantas vezes você já ficou grávida? **CONSIDERAR QUALQUER GRAVIDEZ, INCLUSIVE DE NÃO NASCIDOS VIVOS**	___ vez(es)	
313.	Já teve algum aborto?	(1) sim (0) não	

4) HISTÓRIA DE GRAVIDEZES

Agora eu gostaria de conversar com você sobre **todas as suas gravidezes**, inclusive as que terminaram em aborto ou nascimento prematuro. Vamos **começar com a gravidez mais recente.**

ATENÇÃO: NÃO REGISTRE GRAVIDEZ ATUAL; REGISTRE O ANO COM 4 DÍGITOS.

400	401	402	403	404
nº da linha	Qual o mês e ano do término desta gravidez?	Quando você ficou grávida, você...? **LEIA AS OPÇÕES**	Quantos meses durou esta gravidez?	Como terminou esta gravidez...? **LEIA AS OPÇÕES**
1	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
2	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
3	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
4	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
5	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
6	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
7	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	___ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido

8	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
9	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
10	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
11	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
12	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
13	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
14	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido
15	____/_____ ☐ Não sabe/Não lembra (NS/NL)	(1) queria ficar grávida (2) queria ficar grávida mais tarde (3) não queria mais ter filho (4) (NS/NL)	☐☐ MESES ☐ NS/NL	(1) nascido vivo (2) nascido vivo (múltiplo) (3) nascido vivo + nascido morto (múltiplo) (4) nascido morto (5) aborto espontâneo (6) aborto induzido

EM CASO DE HAVER MAIS DE 15 GRAVIDEZES, NUMERE E PREENCHA AS VARIÁVEIS NO ESPAÇO EM BRANCO ABAIXO.

5) HISTÓRIA DE NASCIMENTOS

Agora eu gostaria que você me desse mais detalhes sobre **cada filho nascido vivo** que você teve, inclusive se estão vivos. Eu gostaria de **começar pelo primeiro filho (filho mais velho)**.

ATENÇÃO: NO CASO DE GÊMEOS, REGISTRE UM EM CADA LINHA E COLOQUE OS NOMES ENTRE PARÊNTESIS.

500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
nº da linha	Qual os nomes de seus filhos?	O nascimento de [NOME] foi:	Sexo:	Tem certidão de nascimento de [NOME]?	A certidão de [NOME] tem o nome do pai?	Mês e ano (4 DÍGITOS) de nascimento:	Está vivo?	Se vivo, quantos anos fez no último aniversário?	Se morreu, que idade tinha quando morreu?	Teve algum outro nascimento entre o filho anterior e [NOME]?
1		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	XXXXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXX
2		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
3		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
4		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
5		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
6		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
7		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
8		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não **→506**	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não **→ 509**	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
9		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não	___ ano(s) **→510**	__ dias __ meses	(1) sim (0) não

				→506			→ 509		__ anos	próxima linha
500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
nº da linha	Quais os nomes dos seus filhos? (gêmeos em linhas separadas, entre chaves)	O nascimento de [nome] foi:	Sexo:	Tem certidão de nascimento de [nome]?	A certidão de [nome] tem o nome do pai?	Mês e ano de nascimento: **(registrar ano com 4 dígitos)**	Está vivo?	Se vivo, quantos anos fez no último aniversário?	Se morreu, que idade tinha quando morreu?	Teve algum outro nascimento entre o filho anterior e [nome]?
10		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
11		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
12		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
13		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
14		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha
15		(1) único (2) múltiplo	(1) Masc. (2) Fem.	(1) sim (0) não →506	(1) sim (0) não	mês: ___ ano: _____	(1) sim (0) não → 509	___ ano(s) →510	__ dias __ meses __ anos	(1) sim (0) não próxima linha

EM CASO DE HAVER MAIS DE 15 NASCIDOS VIVOS, NUMERE E PREENCHA AS VARIÁVEIS NO ESPAÇO EM BRANCO ABAIXO

511	MARQUE O NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS: ____
512	MARQUE O NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS **A PARTIR DE 2 DE ABRIL DE 1997** (SE NENHUM, MARQUE 00): ____

ATENÇÃO: AS SEÇÕES 6, 7 E 8 SERÃO PREENCHIDAS APENAS PARA AQUELAS MULHERES QUE TIVERAM FILHOS A PARTIR DE 2 DE ABRIL DE 1997, INCLUSIVE. CASO A MULHER ENTREVISTADA NÃO TENHA TIDO FILHOS A PARTIR DESTA DATA, PASSE PARA A SEÇÃO 9.

6) PRÉ-NATAL

Agora eu queria fazer algumas perguntas sobre o planejamento e a saúde dos seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, **começando pelo caçula**.

ATENÇÃO: (1) SOMENTE PARA OS NASCIDOS A PARTIR DE 2 DE ABRIL DE 1997, INCLUSIVE; ANTES DE INICIAR, PREENCHA NA QUESTÃO 600 O NÚMERO DA LINHA DO QUADRO DE NASCIMENTOS E O NOME DE CADA FILHO NASCIDO – CONFIRA 512; (2) SE 4 NASCIDOS VIVOS, USE MARGEM A DIREITA; SE 5 NASCIDOS VIVOS, APENAS REGISTRE O FATO NAS OBSERVAÇÕES; (3) EM CASO DE GÊMEOS, COLOQUE NÚMEROS E NOMES NO MESMO ESPAÇO CORRESPONDENTE NA QUESTÃO 600.

600) **CONFIRA 501** para: nº linha no quadro de nascimentos → nome →	1 último nascido vivo linha: _____ nome: _____		2 penúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____		3 antepenúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____	
601) Antes de ficar grávida de [NOME], mas depois do nascimento de [NOME DO NASCIDO VIVO ANTERIOR, SE HOUVER], usava algum método anticoncepcional?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 604**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 604**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 604**
602) Qual foi o último método que usou nesta época?	(1) pílula (2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) esterilização feminina (10) esterilização masculina (11) tabela/abstinência periódica (12) coito interrompido (13) amenorréia da lactação (14) contracepção de emergência (15) Outro: _____		(1) pílula (2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) esterilização feminina (10) esterilização masculina (11) tabela/abstinência periódica (12) coito interrompido (13) amenorréia da lactação (14) contracepção de emergência (15) Outro: _____		(1) pílula (2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) esterilização feminina (10) esterilização masculina (11) tabela/abstinência periódica (12) coito interrompido (13) amenorréia da lactação (14) contracepção de emergência (15) Outro: _____	
603) Em que mês e ano começou a usar esse método?	___ (mês)/_____ (ano) ☐ NS/NL		___ (mês)/_____ (ano) ☐ NS/NL		___ (mês)/_____ (ano) ☐ NS/NL	
604) Estava usando algum método quando ficou grávida de [NOME]?	(1) sim (0) não		(1) sim (0) não		(1) sim (0) não	

605) Fez pré-natal de [NOME]?	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**
606) Onde fez a maior parte de seu acompanhamento pré-natal?	(1) hospital/maternidade pública SUS (2) hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório (plano de saúde) (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/consultório particular (7) outro (especifique):_____		(1) hospital/maternidade pública SUS (2) hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório (plano de saúde) (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/consultório particular (7) outro (especifique):_____		(1) hospital/maternidade pública SUS (2) hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório (plano de saúde) (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/consultório particular (7) outro (especifique):_____	
607) Qual era o profissional encarregado(a) de seu acompanhamento pré-natal?	(1) médico (2) enfermeira (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) outro (especifique):_____		(1) médico (2) enfermeira (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) outro (especifique):_____		(1) médico (2) enfermeira (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) outro (especifique):_____	
608) Quantos semanas de gravidez tinha no seu primeiro exame? (OU MESES,CIRCULE A FORMA USADA)	____ semana(s)/mês(es) ___ NS/NL		____ semana(s)/mês(es) ___ NS/NL		____ semana(s)/mês(es) ___ NS/NL	
609) Quantas consultas de pré-natal você fez durante esta gravidez?	____ consultas ___ NS/NL		____ consultas ___ NS/NL		____ consultas ___ NS/NL	
610) Nas consultas de pré-natal... LEIA AS OPÇÕES E MARQUE TODAS AS CONFIRMADAS	(A) era verificada a pressão? (B) era medida a barriga? (C) era verificado o peso? (D) fez exame vaginal? (E) fez ausculta fetal? (F) Outro (especifique):_____ (G) nenhum		(A) era verificada a pressão? (B) era medida a barriga? (C) era verificado o peso? (D) fez exame vaginal? (E) fez ausculta fetal? (F) Outro (especifique):_____ (G) nenhum		(A) era verificada a pressão? (B) era medida a barriga? (C) era verificado o peso? (D) fez exame vaginal? (E) fez ausculta fetal? (F) Outro (especifique):_____ (G) nenhum	
611) Que exames fez durante o pré-natal de [NOME]? **MARQUE TODAS AS MENCIONADAS**	(A) de sangue (B) de urina (C) ultra-som (D) de líquido amniótico (E) teste de HIV (F) tipo de sangue (G) toxoplasmose (H) Coombs indireto (Rh) (I) Outro (especifique): _____		(A) de sangue (B) de urina (C) ultra-som (D) de líquido amniótico (E) teste de HIV (F) tipo de sangue (G) toxoplasmose (H) Coombs indireto (Rh) (I) Outro (especifique): _____		(A) de sangue (B) de urina (C) ultra-som (D) de líquido amniótico (E) teste de HIV (F) tipo de sangue (G) toxoplasmose (H) Coombs indireto (Rh) (I) Outro (especifique): _____	

	(J) nenhum		(J) nenhum		(J) nenhum	
612) Durante a gravidez, tomou injeção para prevenir o bebê contra tétano (mal dos 7 dias/convulsão)?	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**	(1) sim (0) não	**prossiga → 614**
613) Quantas doses desta injeção tomou durante a gravidez?	(1) uma dose (2) duas doses (3) NL		(1) uma dose (2) duas doses (3) NL		(1) uma dose (2) duas doses (3) NL	
614) Tem cartão de pré-natal da gestante?	(1) sim (0) não		(1) sim (0) não		(1) sim (0) não	
615) Durante a gravidez, teve que ser internada ou medicada devido a algum problema?	(0) não (1) foi internada (2) teve que usar medicação (3) NS/NL		(0) não (1) foi internada (2) teve que usar medicação (3) NS/NL		(0) não (1) foi internada (2) teve que usar medicação (3) NS/NL	
616) Como foi feito o pagamento do pré-natal de [NOME] e/ou tratamento/medicação?	(0) não fez pré-natal (1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique):_____		(0) não fez pré-natal (1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique):_____		(0) não fez pré-natal (1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique):_____	
617) Você considera o atendimento que recebeu durante a gravidez de [NOME] como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	(0) não fez pré-natal (1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(0) não fez pré-natal (1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(0) não fez pré-natal (1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	
	VOLTE PARA **601** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**700**		VOLTE PARA **601** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**700**		VOLTE PARA **601** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**700**	

7) HISTÓRIA DE PARTOS

Agora eu queria fazer algumas perguntas sobre o parto de cada de seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, **começando pelo caçula**.

ATENÇÃO: (1) PREENCHER ESTE QUADRO SOMENTE PARA OS NASCIDOS A PARTIR DE 2 DE ABRIL DE 1997, INCLUSIVE; ANTES DE INICIAR, PREENCHA NA QUESTÃO 700 O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE CADA FILHO PREENCHIDO NA QUESTÃO 600; (2) SE 4 NASCIDOS VIVOS, USE MARGEM A DIREITA; SE 5 NASCIDOS VIVOS, APENAS REGISTRE O FATO NAS OBSERVAÇÕES; (3) EM CASO DE GÊMEOS, COLOQUE NÚMEROS E NOMES NO MESMO ESPAÇO CORRESPONDENTE NA QUESTÃO 700.

700) **CONFIRA 600** para: nº linha no quadro de nascimentos → nome →	1 último nascido vivo linha: _____ nome: _____		2 penúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____		3 antepenúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____	
701) Em que hospital ou maternidade, pública ou particular, foi feito o parto de [NOME]? Plano de saúde? Convênio?	(1) em casa	**→ 704**	(1) em casa	**→ 704**	(1) em casa	**→ 704**
	(2) no trajeto (3) hospital/maternidade pública (SUS) (4) hospital particular conveniado do SUS (5) centro/posto de saúde (6) hospital/clínica/ maternidade via plano de saúde (7) hospital/clínica/ maternidade via convênio de empresa (8) hospital/clínica/ maternidade particular (9) outro (especifique): _____	**qualquer resposta de (2) a (9): prossiga**	(2) no trajeto (3) hospital/maternidade pública (SUS) (4) hospital particular conveniado do SUS (5) centro/posto de saúde (6) hospital/clínica/ maternidade via plano de saúde (7) hospital/clínica/ maternidade via convênio de empresa (8) hospital/clínica/ maternidade particular (9) outro (especifique): _____	**qualquer resposta de (2) a (9): prossiga**	(2) no trajeto (3) hospital/maternidade pública (SUS) (4) hospital particular conveniado do SUS (5) centro/posto de saúde (6) hospital/clínica/ maternidade via plano de saúde (7) hospital/clínica/ maternidade via convênio de empresa (8) hospital/clínica/ maternidade particular (9) outro (especifique): _____	**qualquer resposta de (2) a (9): prossiga**
702) Esse foi o primeiro serviço que você procurou?	(1) sim (0) não	**→ 704 prossiga**	(1) sim (0) não	**→ 704 prossiga**	(1) sim (0) não	**→ 704 prossiga**
703) Por quantos serviços passou antes de ter [NOME]?	____ serviço(s)		____ serviço(s)		____ serviço(s)	

704) Quem fez o parto de [NOME]?	(1) médica(o) (2) enfermeira(o) (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) parentes/amigos (7) outro (especifique): _____			(1) médica(o) (2) enfermeira(o) (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) parentes/amigos (7) outro (especifique): _____			(1) médica(o) (2) enfermeira(o) (3) auxiliar de enfermagem (4) parteira treinada (5) parteira leiga (6) parentes/amigos (7) outro (especifique): _____		
705) **CONFIRA 701**	☐ **PARTO DOMICILIAR** ☐ **PARTO NO TRAJETO** ☐ **RESTANTE**	**→ 718** **→ 718** **prossiga**		☐ **PARTO DOMICILIAR** ☐ **PARTO NO TRAJETO** ☐ **RESTANTE**	**→ 718** **→ 718** **prossiga**		☐ **PARTO DOMICILIAR** ☐ **PARTO NO TRAJETO** ☐ **RESTANTE**	**→ 718** **→ 718** **prossiga**	
706) Quando foi a primeira vez que encontrou a pessoa que fez o parto de [NOME]?	(1) gravidez/parto anterior (2) outras consultas (3) pré-natal desta gravidez (4) durante o trabalho de parto (5) durante o parto (6) Outro (especifique):_____ (7) NS/NL			(1) gravidez/parto anterior (2) outras consultas (3) pré-natal desta gravidez (4) durante o trabalho de parto (5) durante o parto (6) Outro (especifique):_____ (7) NS/NL			(1) gravidez/parto anterior (2) outras consultas (3) pré-natal desta gravidez (4) durante o trabalho de parto (5) durante o parto (6) Outro (especifique):_____ (7) NS/NL		
707) O parto de [NOME] foi normal ou cesariana?	(1) normal (2) normal com fórceps (3) cesariana	**prossiga** **prossiga** **→ 710**		(1) normal (2) normal com fórceps (3) cesariana	**prossiga** **prossiga** **→ 710**		(1) normal (2) normal com fórceps (3) cesariana	**prossiga** **prossiga** **→ 710**	
708) Na hora do parto, você recebeu anestesia contra dor?	(0) não (1) sim	**→ 714** **prossiga**		(0) não (1) sim	**→ 714** **prossiga**		(0) não (1) sim	**→ 714** **prossiga**	
709) Qual foi o tipo de anestesia? **MARQUE TODAS AS MENCIONADAS**	(A) peridural/raque (B) oral (C) intravenosa (D) local para episiotomia (E) NS/NL	**qualquer resposta:** **→ 714**		(A) peridural/raque (B) oral (C) intravenosa (D) local para episiotomia (E) NS/NL	**qualquer resposta:** **→ 714**		(A) peridural/raque (B) oral (C) intravenosa (D) local para episiotomia (E) NS/NL	**qualquer resposta:** **→ 714**	
710) A cesariana foi marcada com antecedência?	(1) sim (0) não			(1) sim (0) não			(1) sim (0) não		
711) Você entrou em trabalho de parto?	(1) sim (0) não			(1) sim (0) não			(1) sim (0) não		
712) A cesariana foi indicada pelo médico durante o pré-natal ou no parto de [NOME]?	(0) não (1) sim, durante o pré-natal (2) sim, no parto (3) sim, em ambos			(0) não (1) sim, durante o pré-natal (2) sim, no parto (3) sim, em ambos			(0) não (1) sim, durante o pré-natal (2) sim, no parto (3) sim, em ambos		

713) Por que foi indicada/tomada a decisão de fazer uma cesariana? **MARQUE TODAS AS MENCIONADAS**	(A) parto cesáreo anterior (B) problemas na gravidez anterior (C) problemas durante a gravidez de [NOME] (D) possibilidade de esterilização (E) idade (F) problemas de saúde não relacionados com parto/gravidez (G) não tinha passagem (H) Outro (especifique):_____		(A) parto cesáreo anterior (B) problemas na gravidez anterior (C) problemas durante a gravidez de [NOME] (D) possibilidade de esterilização (E) idade (F) problemas de saúde não relacionados com parto/gravidez (G) não tinha passagem (H) Outro (especifique):_____		(A) parto cesáreo anterior (B) problemas na gravidez anterior (C) problemas durante a gravidez de [NOME] (D) possibilidade de esterilização (E) idade (F) problemas de saúde não relacionados com parto/gravidez (G) não tinha passagem (H) Outro (especifique):_____	
714) Durante o parto, ocorreu algum problema ou complicação?	(1) sim (0) não	**prossiga → 716**	(1) sim (0) não	**prossiga → 716**	(1) sim (0) não	**prossiga → 716**
715) Qual foi o problema? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) parto prolongado com contrações regulares durando 12 ou mais horas (B) hemorragia vaginal anormal (C) febre alta e secreção vaginal com mau cheiro (D) pressão alta (E) convulsões (F) Outro (especifique): _____		(A) parto prolongado com contrações regulares durando 12 ou mais horas (B) hemorragia vaginal anormal (C) febre alta e secreção vaginal com mau cheiro (D) pressão alta (E) convulsões (F) Outro (especifique): _____		(A) parto prolongado com contrações regulares durando 12 ou mais horas (B) hemorragia vaginal anormal (C) febre alta e secreção vaginal com mau cheiro (D) pressão alta (E) convulsões (F) Outro (especifique): _____	
716) Como os gastos com o parto foram pagos?	(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____		(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____		(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____	
717) Você considera o atendimento que recebeu durante o parto de [NOME] como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	

718) Antes do nascimento de [NOME], você conversou com o(a) médico(a) sobre tipos de parto?	(1) sim (0) não	(1) sim (0) não	(1) sim (0) não
719) Antes do parto de [NOME], você tinha preferência por parto normal ou por cesariana?	(0) não (1) normal (2) cesariana	(0) não (1) normal (2) cesariana	(0) não (1) normal (2) cesariana
720) Você chegou a solicitar uma cesariana durante o pré-natal de [NOME]?	(1) sim (0) não	(1) sim (0) não	(1) sim (0) não
	REGRESSE À 7**01** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**800**	REGRESSE À 7**01** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**800**	REGRESSE À **701** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER →**800**

8) PÓS-PARTO

Agora eu queria fazer algumas perguntas sobre a suas condições no pós-parto de cada um de seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, **começando pelo caçula**.

ATENÇÃO: (1) PREENCHER ESTE QUADRO SOMENTE PARA OS NASCIDOS A PARTIR DE 2 DE ABRIL DE 1997, INCLUSIVE; MARQUE NA QUESTÃO 800 O NÚMERO DA LINHA E O NOME DE CADA FILHO PREENCHIDO NA QUESTÃO 700; (2) SE 4 NASCIDOS VIVOS, USE MARGEM A DIREITA; SE 5 NASCIDOS VIVOS, APENAS REGISTRE O FATO NAS OBSERVAÇÕES; (3) EM CASO DE GÊMEOS, COLOQUE NÚMEROS E NOMES NO MESMO ESPAÇO CORRESPONDENTE NA QUESTÃO 800.

800) **CONFIRA 700** para: nº linha no quadro de nascimentos → nome →	1 último nascido vivo linha: _____ nome: _____	2 penúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____	3 antepenúltimo nascido vivo linha: _____ nome: _____
801) Depois do parto de [NOME] sua menstruação/regra voltou?	(1) sim (0) não	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
802) Durante quantos meses depois do nascimento de [NOME] você ficou sem menstruar?	☐☐ mês(es) (se nenhum, marque 00) ☐☐ NS/NL	☐☐ mês(es) (se nenhum, marque 00) ☐☐ NS/NL	☐☐ mês(es) (se nenhum, marque 00) ☐☐ NS/NL
803) Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimento de [NOME]?	(1) sim (0) não **prossiga → 805**	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
804) Por quanto tempo depois do nascimento de [NOME] você ficou sem ter relações sexuais?	☐☐ mês(es) ☐☐ NS/NL	☐☐ mês(es) ☐☐ NS/NL	☐☐ mês(es) ☐☐ NS/NL
805) Foi internada ou fez algum exame ginecológico até 40 dias após o parto de [NOME]?	(1) sim (0) não **prossiga → 809**	(1) sim (0) não **prossiga → 809**	(1) sim (0) não **prossiga → 809**
806) Em que hospital/serviço foi(ram) feitos esse(s) exame(s) ginecológico(s) no pós-parto de [NOME]? (SE MAIS DE UM LUGAR, INVESTIGUE PARA O SERVIÇO ONDE FOI FEITA A MAIOR PARTE DOS ATENDIMENTOS)	(1) hospital/maternidade pública (SUS) (2) hospital privado conveniado ao SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório via plano de saúde (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) Outro (especifique): _____	(1) hospital/maternidade pública (SUS) (2) hospital privado conveniado ao SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório via plano de saúde (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) Outro (especifique):_____	(1) hospital/maternidade pública (SUS) (2) hospital privado conveniado ao SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/consultório via plano de saúde (5) hospital/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) Outro (especifique):_____

807) Esse exame ginecológico pós-parto foi de rotina ou devido a algum problema específico?	(1) de rotina (2) problema específico	**→ 809** **prossiga**	(1) de rotina (2) problema específico	**→ 809** **prossiga**	(1) de rotina (2) problema específico	**→ 809** **prossiga**
808) Que problema foi esse? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) sangramento prolongado (mais de 30 dias) (B) corrimento com mau cheiro (C) febre/infecção (D) veias inflamadas (E) problemas na amamentação (F) outro (especifique): _____		(A) sangramento prolongado (mais de 30 dias) (B) corrimento com mau cheiro (C) febre/infecção (D) veias inflamadas (E) problemas na amamentação (F) outro (especifique): _____		(A) sangramento prolongado (mais de 30 dias) (B) corrimento com mau cheiro (C) febre/infecção (D) veias inflamadas (E) problemas na amamentação (F) outro (especifique): _____	
809) [NOME] teve algum problema de saúde até 40 dias de vida?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 811**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 811**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 811**
810) [NOME] teve que fazer uso de medicação especial e/ou foi internado nesse período?	(1) sim (0) não		(1) sim (0) não		(1) sim (0) não	
811) Você recebeu alguma orientação no pré-natal e/ou na maternidade/hospital sobre amamentação?	(1) durante pré-natal (2) na maternidade/ hospital (3) em ambos (0) não recebeu		(1) durante pré-natal (2) na maternidade/ hospital (3) em ambos (0) não recebeu		(1) durante pré-natal (2) na maternidade/ hospital (3) em ambos (0) não recebeu	
812) Amamentou [NOME] alguma vez?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 816**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 816**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 816**
813) Quanto tempo depois do nascimento de [NOME], voê começou a amamentar?	000 imediatamente ___ hora(s) ___ dia(s)		000 imediatamente ___ hora(s) ___ dia(s)		000 imediatamente ___ hora(s) ___ dia(s)	
814) Durante quanto tempo deu só o peito, sem dar água nem chá?	000 ainda amamentando ___ dia(s) ___ mês(es)		000 ainda amamentando ___ dia(s) ___ mês(es)		000 ainda amamentando ___ dia(s) ___ mês(es)	
815) Durante quanto tempo amamentou [NOME]?	___ dia(s) ___ mês(es)		___ dia(s) ___ mês(es)		___ dia(s) ___ mês(es)	

816) Fez uso de licença-maternidade depois do nascimento de [NOME]? (SE NÃO, INVESTIGAR AS OPÇÕES)	(1) sim, integralmente (2) sim, parcialmente (3) não, autônoma na época (4) não, empregadora na época (5) não, desempregada na época (6) não, não trabalhava na época (7) Outro (especifique):_____		(1) sim, integralmente (2) sim, parcialmente (3) não, autônoma na época (4) não, empregadora na época (5) não, desempregada na época (6) não, não trabalhava na época (7) Outro (especifique):_____		(1) sim, integralmente (2) sim, parcialmente (3) não, autônoma na época (4) não, empregadora na época (5) não, desempregada na época (6) não, não trabalhava na época (7) Outro (especifique):_____	
817) Só para relembrar, você ou [NOME] precisaram de tratamento ou acompanhamento médico no pós-parto dele(a) ?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ próximo ou 900**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ próximo ou 900**	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ próximo ou 900**
818) Como esse acompanhamento/ tratamento foi(ram) pago(s)?	(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____		(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____		(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique): _____	
819) Você considera o atendimento que recebeu no pós-parto de [NOME] como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim		(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	
	REGRESSE À **801** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER **→900**		REGRESSE À **801** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER **→900**		REGRESSE À **801** PARA O PRÓXIMO NASCIMENTO; SE NÃO HOUVER **→900**	

9) ANTICONCEPÇÃO

Agora eu gostaria de falar um pouco sobre maneiras e métodos anticoncepcionais que as pessoas usam para evitar a gravidez e como e onde obtê-los.

ATENÇÃO: MARQUE O CÓDIGO 1 DA QUESTÃO 900 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE; FAÇA A PERGUNTA 901 *SOMENTE* PARA OS MÉTODOS NÃO MENCIONADOS, FAZENDO A DESCRIÇÃO SE NECESSÁRIO E MARCANDO O CÓDIGO 2 SE ELA JÁ OUVIU FALAR DO MÉTODO E O CÓDIGO 0 SE ELA NÃO OUVIU FALAR; EM SEGUIDA, PARA CADA MÉTODO *CONHECIDO*, ESPONTANEMENTE OU NÃO, FAÇA A PERGUNTA 902.

900) Que métodos você conhece ou já ouviu falar?	sim espontâneo	901 Conhece ou já ouviu falar: SIM	NÃO	902 Já usou alguma vez ou está usando? PARA PRESERVATIVO MASCULINO E ESTERILIZAÇÃO/VASECTOMIA, FAÇA A PERGUNTA
a. Pílula (comprimidos tomados durante 21 dias para evitar a gravidez)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
b. DIU – dispositivo intra-uterino (as mulheres podem usar no útero; é colocado por um médico ou enfermeira)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
c. Injeções (as mulheres podem tomar a cada 1 ou 3 meses)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
d. Implantes (implanon) (as mulheres podem usar no antebraço 6 palitos pequenos que evitam a gravidez durante vários anos)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
e. Diafragma, Espermicida, Tablete (as mulheres podem usar na vagina um diafragma, creme ou tablete durante as relações sexuais)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
f. Camisinha, Preservativo (os homens podem usar preservativo nas relações sexuais)	1	2	0 ↓	Você ou seu marido/ companheiro já usaram? (1) sim (0) não
g. Camisinha Feminina (as mulheres podem usar um tipo de camisinha nas relações sexuais)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
h. Esterilização Feminina (ligação, ligadura, laqueadura)	1	2	0 ↓	Você fez a operação para evitar filhos? (1) sim (0) não
i. Esterilização Masculina (vasectomia)	1	2	0 ↓	Seu marido/companheiro fez operação para evitar filhos? (1) sim (0) não
j. Tabela, Abstinência Periódica (o casal pode evitar ter relações sexuais nos dias em que a mulher tem maior risco de engravidar)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
k. Coito Interrompido (o homem pode retirar o pênis antes de gozar)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
l. Anticoncepção de Emergência (a mulher pode tomar pílulas de emergência até 3 dias depois da relação para evitar engravidar)	1	2	0 ↓	(1) sim (0) não
k. Outro método?	1	especifique: _____	0	(1) sim (0) não

903.	**CONFIRA 902**	☐ ***NUNCA USOU MÉTODO*** ☐ ***JÁ USOU MÉTODO***	**prossiga → 906**
904.	Já, de alguma maneira, tentou adiar ou evitar gravidez?	(1) sim (0) não	**prossiga → 946**
905.	O que você fez para evitar a gravidez? (CORRIJA 901 E 902, SE NECESSÁRIO)	_____	
906.	Qual foi o primeiro método que você usou?	(1) pílula (2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) esterilização masculina (vasectomia) (10) esterilização feminina (11) tabela/abstinência periódica (12) coito interrompido (13) amenorréia da lactação (14) anticoncepção de emergência (PÍLULA DO DIA SEGUINTE) (15) Outro (especifique): _____	
907.	Quantos anos você tinha quando usou método pela primeira vez?	___ anos	
908.	Quantos filhos vivos tinha quando usou método pela primeira vez?	___ filhos vivos	
909.	**CONFIRA 307**	☐ ***NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO TEM CERTEZA*** ☐ ***ESTÁ GRÁVIDA***	**prossiga → 912**
910.	Atualmente, você ou o seu marido/ companheiro usa algum método para evitar gravidez?	(1) sim (0) não	**prossiga → 912**
911.	Que método usa atualmente?	(1) pílula	**→ 913**
		(2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) esterilização masculina	**qualquer resposta de (2) a (9): → 939**
		(10) esterilização feminina	**→ 923**
		(11) tabela/abstinência periódica	**→ 938**
		(12) coito interrompido	**→ 938**
		(13) amenorréia da lactação	**→ 943**
		(14) Outro (especifique): _____	**→ 943**

912.	Qual a razão principal para não estar usando nenhum método?	(1) não está casada/unida (2) não tem relações sexuais (3) relações sexuais pouco freqüentes (4) menopausa (5) histerectomizada (6) infértil/dificuldade de engravidar (7) amamentando (8) pós-parto (9) deseja mais filhos (10) está grávida (11) se opõe (12) marido/companheiro se opõe (13) outras pessoas se opõem (14) motivos religiosos (15) não conhece nenhum método (16) não sabe onde obter (17) problemas de saúde/efeitos colaterais (18) medo de efeitos colaterais (19) dificuldade de acesso (20) é caro (21) inconveniente para usar (22) interfere com as funções do organismo (23) Outra razão (especifique): _____	**Qualquer resposta:** **→ 943**
913.	Quando começou a usar a pílula, consultou médico ou enfermeira?	(1) sim (0) não	
914.	Você sabe o marca da pílula que está usando? ...Qual é o nome?	(1) sim: _____ (0) não	
915.	Em algum momento nos últimos 30 dias: LEIA AS OPÇÕES	(A) você teve perda de sangue? (B) a menstruação não veio? (C) ficou sem pílula? (D) teve algum problema relacionado com a pílula?	[__] sim [__] não [__] sim [__] não [__] sim [__] não [__] sim [__] não
916.	Nos últimos 30 dias você deixou de tomar a pílula por mais de um dia por alguma razão?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 918**
917.	Qual foi a principal razão para não tomar a pílula nesses dias?	(1) ficou menstruada (2) perdeu sangue (3) a menstruação não veio (4) ficou sem pílula (5) esqueceu de tomar (6) não tem atividade sexual (7) Outro (especifique): _____	
918.	Algumas vezes as pessoas esquecem de tomar a pílula; o que fez na última vez que esqueceu de tomar a pílula?	(0) nunca esqueceu (1) tomou uma pílula no dia seguinte (2) tomou duas pílulas no dia seguinte (3) usou outro método (4) não vai mais tomar (5) Outro (especifique): _____	
919.	Quando foi a última vez que tomou a pílula?	01 dia 02 dias __ dias __ mais de 1 mês	**→ 921** **→ 921** **prossiga** **prossiga**

920.	Por que não está tomando a pílula esses dias?	(1) esqueceu (2) marido/companheiro ausente (3) motivos de saúde (4) muito cara/custo (5) não é necessario tomar diariamente (6) ficou sem pílula (7) está menstruando (8) tempo de parada/descanso (9) Outro (especifique): _____	
921.	Você fuma?	(1) sim (0) não	
922.	Você tem acompanhamento médico para o uso da pílula?	(1) sim (0) não	**→ 939** **→ 939**
923.	Em que hospital, público ou privado, foi feita a esterilização? Plano de Saúde? Convênio?	(1) hospital público (SUS) – nome:_____ (2) hospital privado conveniado do SUS – nome:_____ (3) clínica de planejamento familiar – nome:_____ (4) hospital/clínica via plano de saúde – nome:_____ (5) hospital/clínica via convênio – nome:_____ (6) hospital/clínica particular – nome:_____ (7) Outro (especifique):_____	
924.	No momento da operação, sabia de algum outro lugar onde poderia ser operada?	(1) sim (0) não	
925.	Você pagou pela esterilização? ...Quem pagou sua esterilização?	(1) sim (2) não, foi feita pelo SUS (3) não, um político arranjou (4) não, um médico arranjou (5) Outro (especifique):_____	**→ 927** **→ 927** **→ 927** **prossiga** **→ 927**
926.	Esse médico já tinha sido ou era político ou era candidato a algum cargo público?	(1) sim (0) não (2) NS/NL	
927.	A esterilização foi feita por ocasião do parto de seu último filho?	(1) sim, na cesariana (2) não, até 72 horas depois do parto normal (3) não, com mais de 72 horas depois do parto normal	
928.	[SE FOR O CASO, "Além da cesárea,"] Foi feita alguma outra cirurgia junto com a esterilização?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 930**
929.	[SE FOR O CASO, "Além da cesárea,"] Que tipo de cirurgia foi feita junto com a esterilização? (SE MAIS DE UMA, REGISTRE OS NÚMEROS NA OPÇÃO 'OUTRA')	(1) períneo (colpoperineoplastia) (2) cisto ovariano (3) levantamento de bexiga (4) Outra (especifique):_____	
930.	Quem decidiu ou recomendou a esterilização?	(1) médico(a)	**prossiga**
		(2) a respondente sozinha (3) a respondente e o marido/companheiro (4) marido/companheiro decidiu	**de (2) a (4):** **→ 932**
		(5) outro parente (6) não sabia que tinha sido operada (7) Outro (especifique):_____	**de (5) a (7):** **→ 933**
931.	Por que o(a) médico(a) recomendou a esterilização?	(1) idade da entrevistada (2) número de filhos da entrevistada (3) problemas na última gravidez (4) muitas cesarianas (5) Outro (especifique):_____ (6) NS/NL	**Qualquer resposta:** **→ 933**

932.	Qual o motivo seu e/ou do seu marido/companheiro para decidir pela ligação?	(1) menos efeitos colaterais (2) mais fácil de usar (3) método definitivo (4) não quer mais ter filhos (5) recomendação de outra mulher esterilizada (6) menor custo (7) condições financeiras (8) não tinha acesso a outros métodos (9) Outro (especifique):_____	
933.	[**SE TEM MENOS DE 50 ANOS**] Você acredita que ainda pode engravidar?	(1) sim (0) não	
934.	Você se arrepende de ter sido esterilizada?	(1) sim (0) não	**prossiga → 936**
935.	Por que você se arrepende?	(1) quer outro filho (2) marido/companheiro que outro filho (3) efeitos colaterais/efeitos de saúde associados à operação (4) mudou de situação conjugal (5) operação falhou (6) filho morreu (7) Outro (especifique):_____	
936.	Em que mês e ano você foi esterilizada?	___ (mês)/_____ (ano)	
937.	Quantos anos tinha quando foi esterilizada?	____ anos	**→943**
938.	Como calcula os dias em que não pode ter relações sexuais, para não engravidar?	(1) baseado no calendário/conta os dias (2) temperatura do corpo (3) muco cervical (Billings) (4) temperatura e muco cervical (5) sem método específico (6) Outro (especifique):_____	**qualquer resposta: →943**
939.	Normalmente, onde obtém o método atual?	(0) esterilizada/parceiro vasectomizado (1) hospital público (SUS) (2) hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) clínica de planejamento familiar (5) hospital/clínica via plano de saúde (6) hospital/clínica via convênio (7) hospital/clínica particular (8) consultório/médico particular (9) posto/agente comunitário (10) farmácia (11) parceiro arruma/compra (12) amigos/parentes (13) Outro (especifique):_____ (14) NS/NR	**→ 943** **Qualquer resposta de (1) a (14): prossiga**
940.	Por qual a razão você procura esse lugar para obter o método?	(1) mais perto do trabalho/casa/supermercado (2) trabalho/atendimento apenas em horário comercial (3) pessoal mais competente/confiável – já conhece o pessoal que atende (4) instalações mais limpas (5) mais privacidade (6) menor tempo de espera (7) melhor atendimento (8) mais caro (9) dificuldade de transporte (10) nem sempre tem no posto de saúde (11) pode pagar (12) Outro (especifique):_____	

941.	Sabe onde mais pode conseguir método?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 943**
942.	Em que lugar? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) hospital público (SUS) (B) hospital privado conveniado dp SUS (C) centro/posto de saúde (D) clínica de planejamento familiar (E) hospital/clínica via plano de saúde (F) hospital/clínica via convênio (G) hospital/clínica particular (H) consultório/médico particular (I) posto/agente comunitário (J) farmácia (K) parceiro arruma/compra (L) amigos/parentes (M) igreja (N) Outro (especifique):_____ (O) NS/NR	
943.	Você sabe se o SUS ou hospitais públicos ou postos da Prefeitura oferecem anticoncepcionais?	(1) sim, oferece (0) não, não oferece (2) NS	**prossiga** **→ 946** **→ 946**
944.	Você já procurou o SUS ou hospitais públicos ou postos da Prefeitura para obter algum método?	(1) sim (0) não (2) NL	**prossiga** **→ 946** **→ 946**
945.	No último ano, você procurou [LEIA A OPÇÃO] para conseguir método?	(A) hospital público? (B) hopital privado conveniado do SUS? (C) posto de saúde da Prefeitura?	[__] sim [__] não [__] sim [__] não [__] sim [__] não
946.	Hoje, se você estivesse interessada em fazer a ligação, sabe onde poderia obter informações sobre a cirurgia?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 950**
947.	Onde?	_____	
948.	Você sabe onde poderia conseguir a esterilização em hospital público deste município?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 950**
949.	Onde?	_____	
950.	Você sabe se a operação de esterilização é paga pelo SUS?	(1) sim, é paga (0) não, não é paga (2) NS	
951.	Você sabe se o aborto pode ser feito pelo SUS/hospital público?	(1) sim, pode (0) não, não pode (2) NS	**prossiga** **→ 955** **→ 955**
952.	Em que situações o aborto pode ser feito no SUS/hospital público? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) estupro (B) risco de vida da mãe (C) mal-formação da criança (D) em qualquer situação (E) Outro (especifique):_____	
953.	Sabe onde poderia obter informações sobre serviços de aborto legal neste município?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 955**
954.	Onde?	_____	
955.	Existem períodos nos quais a mulher tem mais chance de engravidar?	(1) sim (0) não (2) NS	**prossiga** **→ 957** **→ 957**

956.	Em que época, entre o início de uma menstruação e o início da outra, uma mulher tem mais chance de engravidar?	(1) durante a menstruação (2) logo depois que termina a menstruação (3) no meio do ciclo (4) pouco antes do início da menstruação (5) em qualquer momento (6) Outro (especifique):_____
957.	Com quanto tempo de atraso da menstruação você faria um teste de gravidez?	___ dia(s) ___ mês(es)
958.	Tirando casos de gravidez, já teve a menstruação atrasada por mais de 40 dias?	(1) sim (0) não
959.	Já fez usos de chás, remédios ou as duas coisas para regularizar a menstruação?	(0) não (1) sim, chás (2) sim, remédios (3) sim, ambos

10) ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO MÉDICO – AUTO-CONHECIMENTO

1000.	Agora eu gostaria de falar sobre atendimento médico. Quando você precisa de atendimento/consulta ginecológico(a), costuma procurar o mesmo médico?	(1) sim (0) não (2) nunca foi ao ginecologista	**prossiga** **prossiga** **→ 1023**
1001.	Quando precisa de atendimento/consulta ginecológico(a), onde costuma procurar um médico?	(1) ambulatório/hospital/maternidade pública (SUS) (2) ambulatório/hospital conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (5) hospital/clínica/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) ambulatório/consultório de empresa/sindicato (8) pronto-socorro ou emergência (9) Outro (especifique):_____	
1002.	[**CONFIRA 909: SE FOR O CASO**, "antes dessa gravidez atual"], Você tem ou já teve acompanhamento ginecológico regular?	(1) sim (0) não	
1003.	**CONFIRA 909**	___ ***ESTÁ GRÁVIDA*** ___ ***NÃO ESTÁ GRÁVIDA OU NÃO TEM CERTEZA***	**→ 1023** **prossiga**
1004.	Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento/consulta ginecológica?	(0) não (1) sim, pré-natal (2) sim, sem relação com gravidez	**→ 1023** **→ 1023** **prossiga**
1005.	Quantas consultas ginecológicas você fez nos últimos 12 meses?	01 consulta ___ consultas	**→ 1011** **prossiga**
1006.	Onde foi feita a maior parte dessas consultas ginecológicas nos últimos 12 meses?	(1) ambulatório/hospital/maternidade pública (SUS) (2) ambulatório/hospital conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (5) hospital/clínica/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) ambulatório/consultório de empresa/sindicato (8) pronto-socorro ou emergência (9) Outro (especifique):_____	

1007.	Onde você procurou o primeiro atendimento ginecológico nesses últimos 12 meses?	(1) farmácia (2) ambulatório/hospital/maternidade pública (SUS) (3) ambulatório/hospital conveniado privado do SUS (4) centro/posto de saúde (5) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (6) hospital/clínica/consultório via convênio (7) hospital/clínica/consultório particular (8) ambulatório/consultório de empresa/sindicato (9) pronto-socorro ou emergência (10) agente comunitário (11) Outro (especifique):_____	
1008.	Nesse primeiro serviço que você procurou atendimento ginecológico nesses últimos 12 meses, você foi atendida?	(1) sim (0) não	**→ 1010** **prossiga**
1009.	Por que motivo não foi atendida?	_____	
1010.	Quanto tempo faz que você procurou esse primeiro atendimento ginecológico nos últimos 12 meses?	___ dia(s) ___ meses	
1011.	Onde foi feita a/essa última consulta ginecológica que você teve nos últimos doze meses?	(1) ambulatório/hospital/maternidade pública (SUS) (2) ambulatório/hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (5) hospital/clínica/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) ambulatório/consultório de empresa/sindicato (8) pronto-socorro ou emergência (9) Outro (especifique):_____	
1012.	Essa última consulta foi de rotina ou devido a algum problema específico?	(1) rotina (2) problema específico	**→ 1014** **prossiga**
1013.	Qual problema foi esse?	_____	
1014.	Essa última consulta ginecológica incluiu exame de mamas?	(1) sim (0) não	
1015.	Nessa consulta, foi medida sua pressão?	(1) sim (0) não	
1016.	Essa consulta incluiu mamografia?	(1) sim (0) não	
1017.	Nessa consulta, foi feito o preventivo de câncer (papa nicolau, lâmina)?	(1) sim (0) não	
1018.	Nessa consulta, foi feito ultra-som?	(1) sim (0) não	
1019.	Nessa consulta, foi receitado algum medicamento?	(1) sim (0) não	
1020.	Nessa consulta, recebeu algum medicamento gratuitamente?	(1) sim (0) não	
1021.	Considera que o tratamento recebido nesta última consulta ginecológica foi muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	(1) muito bom (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	
1022.	Como esses gastos com a(s)/o consulta(s)/tratamento foram pagos?	(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique):_____	

1023.	Você costuma fazer auto-exame da mama?	(1) sim (0) não	
1024.	**CONFIRA 104**	___ ***MENOS DE 45 ANOS*** ___ ***45 ANOS OU MAIS***	**→ 1030** **prossiga**
1025.	Já entrou na menopausa?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1030**
1026.	Você faz acompanhamento médico?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1030**
1027.	Onde é feito este acompanhamento médico?	(1) ambulatório/hospital/maternidade pública (SUS) (2) ambulatório/hospital privado conveniado do SUS (3) centro/posto de saúde (4) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (5) hospital/clínica/consultório via convênio (6) hospital/clínica/consultório particular (7) ambulatório/consultório de empresa/sindicato (8) pronto-socorro ou emergência (9) Outro (especifique):_____	
1028.	Faz uso de reposição hormonal?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1030**
1029.	O medicamento para reposição é obtido gratuitamente ou é pago?	(1) gratuito (2) amostra grátis (3) pago	
1030.	Em um exame ginecológico, você prefere/preferiria ser atendida por umA médicA ou um médicO?	(1) médicA (2) médicO (3) indiferente (4) NS/NR	
1031.	Você prefere/preferiria ser atendida por um médico/médica da sua cor ou a cor da pele dele/dela é indiferente?	(1) mesma cor da pele (2) indiferente (3) NS/NR	

11) CASAMENTO E ATIVIDADE SEXUAL

1100.	Agora eu gostaria de falar sobre outro tema importante, sobre suas relações amorosas. Atualmente, você está casada ou vive com alguém?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1102**
1101.	Esta pessoa é do sexo masculino ou feminino?	(1) masculino (2) feminino	**→ 1105** **→ 1105**
1102.	Você tem atualmente uma pessoa com a qual mantém relações sexuais de forma regular, de forma ocasional, ou não tem ninguém?	(1) regular (2) ocasional (0) não tem	**prossiga** **prossiga** **→ 1104**
1103.	Esta pessoa é do sexo masculino ou feminino?	(1) masculino (2) feminino	
1104.	Alguma vez você já esteve casada ou viveu com algum companheiro(a)?	(1) sim (0) não	
1105.	Qual é sua situação conjugal atual? [**ATENÇÃO**: NESTE CASO, NÃO É "*ESTADO CIVIL*"; SE A ENTREVISTADA JÁ ESTEVE **UNIDA** ALGUMA VEZ E SE SEPAROU, A OPÇÃO CORRETA É (4)]	(1) nunca unida (2) casada (3) unida (4) separada/divorciada (5) viúva	**→ 1112** **prossiga** **prossiga** **prossiga** **prossiga**

1106.	Quantas vezes você já esteve casada e/ou viveu com alguém? (SE MAIS DE 4 VEZES, REGISTRAR NA MARGEM MÊS E ANO DO INÍCIO E TÉRMINO DA PRIMEIRA UNIÃO)	☐01 vez ☐02 vezes ☐03 vezes ☐04 ou mais	**preencher 1108 a 1111, linha 1** **preencher 1108 a 1111, linhas 1 e 2** **preencher 1108 a 1111, linhas 1, 2 e 3** **preencher 1108 a 1111, linhas 1, 2, 3 e 4**

ATENÇÃO: INICIAR O QUADRO ABAIXO PELO ATUAL/ÚLTIMO(A) MARIDO/COMPANHEIRO(A)

1107	1108	1109	1110	1111
	Em que mês e ano casou/começou a viver com seu marido/ companheiro(a)?	Que idade tinha quando casou/começou a viver com ele(a)?	Em que mês e ano você se separou de seu marido/companheiro(a)?	Que idade tinha quando se separou dele(a)?
1	___(mês) /_____ (ano)	___ anos	___(mês) /_____ (ano) ☐NSA	___ anos ☐NSA
2	___(mês) /_____ (ano)	___ anos	___(mês) /_____ (ano) ☐NSA	___ anos ☐NSA
3	___(mês) /_____ (ano)	___ anos	___(mês) /_____ (ano) ☐NSA	___ anos ☐NSA
4	___(mês) /_____ (ano)	___ anos	___(mês) /_____ (ano) ☐NSA	___ anos ☐NSA

1112.	**CONFIRA 306 (mê e ano do nascimento do *primeiro filho*; COMPARE COM 1108 (mês e ano de início da *primeira união*):**	☐ ***1º FILHO NASCEU ANTES DA 1ª UNIÃO*** ☐ ***1º FILHO NASCEU DEPOIS DA 1ª UNIÃO*** ☐ ***NUNCA TEVE FILHO/MÃE SOLTEIRA***	**prossiga** **→ 1114** **→ 1114**
1113.	Você se casou/uniu com o pai de sua/seu primeira(o) filha(o)?	(1) sim (0) não	
1114.	Quantos anos você tinha quando ocorreu a sua primeira menstruação?	___ anos	
1115.	Em que mês e ano teve sua primeira relação sexual?	___(mês) /_____ (ano) ☐ nunca teve	**prossiga** **→ 1143**
1116.	Então, quantos anos você tinha quando teve essa primeira relação sexual?	___ anos	
1117.	Você diria que sua primeira relação sexual foi voluntária ou involuntária?	(1) voluntária (2) involuntária	**prossiga** **→ 1119**
1118.	Numa escala de 1 a 10, considerando que 1 significa que você **realmente não queria** ter a relação sexual naquele momento e 10 significa que você **realmente queria** ter a relação naquele momento, que número você daria?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
1119.	Você tinha ingerido álcool ou outra droga nesta primeira vez em que você teve relação sexual?	(1) sim (0) não (2) NL/NR	**prossiga** **→ 1121** **→ 1121**
1120.	Você diria que naquele momento você estava...? LEIA AS OPÇÕES PARA A ENTREVISTADA	(1) bêbada/sob o efeito de droga (2) um pouco bêbada/levemente alterada (3) sóbria (4) NL/NR	
1121.	Que idade tinha, na época, a pessoa com quem você teve esta primeira relação sexual?	___ anos	

1122.	Qual era a sua relação, na época, com essa pessoa com quem teve a sua primeira relação sexual?	(1) marido/companheiro(a) (2) noivo (3) namorado (4) amante (5) amigo (6) recém-conhecido (7) parente (8) patrão/empregado (9) cliente (10) estranho (11) estupro (12) Outro (especifique):_____	
1123.	Qual foi a razão mais importante que a motivou para ter sua primeira relação sexual?	(1) casamento (2) não foi por vontade própria, fui forçada (3) por que ele(a) quis (4) por prazer/pela experiência (5) amor (6) achei que ia morar com ele(a) (7) achei que ia prendê-lo(a) (8) queria ter um filho (9) queria sair da casa de meus pais (10) achei que ele(a) iria gostar mais de mim (11) Outro (especifique):_____ (12) NL/NR	
1124.	Nessa primeira relação, vocês usaram algum método anticoncepcional?	(1) sim (0) não	**prossiga → 1126**
1125.	Qual método vocês usaram?	(1) pílula (2) DIU (3) injeções (4) implantes (implanon) (5) diafragma (6) espermicida/tabletes (7) camisinha masculina (8) camisinha feminina (9) tabela/abstinência periódica (10) coito interrompido (11) anticoncepção de emergência (PÍLULA DO DIA SEGUINTE) (12) Outro (especifique): _____	
1126.	Você acha que estava na idade certa para transar pela primeira vez, era muito jovem ou já tinha passado da idade?	(1) foi a idade certa (2) era muito jovem (3) já tinha passado da idade	
1127.	Atualmente, sua vida sexual inclui apenas homem, apenas mulher ou ambos?	(0) não tem vida sexual ativa atualmente (1) apenas homem (2) apenas mulher (3) ambos (4) NR	
1128.	Há quanto tempo teve sua última relação sexual?	___ dia(s) ___ meses ___ ano(s)	
1129.	Em média, quantas vezes tem relações sexuais por mês?	___ vez(es)	

1130.	Na última semana, você teve quantas relações sexuais?	____ vez(es)	
1131.	Você acha que a freqüência com que você tem relações sexuais é maior do que você gostaria, te satisfaz ou é menos freqüente do que você gostaria?	(1) mais freqüente do que eu gostaria (2) estou satisfeita (3) menos freqüente do que eu gostaria	**→ 1133** **→ 1133** **prossiga**
1132.	Por que é menos freqüente do que você gostaria?	(1) não tem parceiro/não tem parceiro regular (2) falta de oportunidade (3) eu ando cansada (4) ele anda cansado (5) eu estou estressada (6) ele está estressado (7) ele não quer (8) eu não quero com ele (9) não moramos juntos (10) Outro (especifique):_____	
1133.	[SE FOR O CASO, "Contando com seu marido/companheiro"], Com quantos homens diferentes você teve relações sexuais com penetração nos últimos 12 meses?	0 ninguém 1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas 4 ou mais	**→ 1138** **preencher 1134 a 1137, linha 1** **preencher 1134 a 1137, linhas 1 e 2** **preencher 1134 a 1137, linhas 1, 2 e 3** **preencher 1134 a 1137, linhas 1, 2 e 3**

ATENÇÃO: Iniciar o quadro abaixo pelo atual/último parceiro sexual.

1134	1135	1136		1137
	Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve essa relação sexual?	Nessa relação sexual, usaram a camisinha? MASCULINA OU FEMININA		Por que não?
1)	(1) companheiro(a)/marido (2) ex-marido (3) namorado (4) noivo (5) amante (6) amigo (7) recém-conhecido (8) parente (9) patrão/empregado (10) garoto(a) de programa (11) cliente (12) estranho (13) Outro:_____	(1) sim (0) não	**→ 1135-2** **prossiga (ou 1138)**	(1) casa/unida, união estável (2) não conhece (3) parceiro fixo/ não precisa (4) não tinha (5) é cara (6) parceiro não gosta (7) não gosta (8) usa outro método (9) Outro (especifique): _____
2)	(1) companheiro(a)/marido (2) ex-marido (3) namorado (4) noivo (5) amante (6) amigo (7) recém-conhecido (8) parente (9) patrão/empregado (10) garoto(a) de programa (11) cliente (12) estranho (13) Outro:_____	(1) sim (0) não	**→ 1135-3** **prossiga (ou 1138)**	(1) casa/unida, união estável (2) não conhece (3) parceiro fixo/ não precisa (4) não tinha (5) é cara (6) parceiro não gosta (7) não gosta (8) usa outro método (9) Outro (especifique): _____

3)	(1) companheiro(a)/marido (2) ex-marido (3) namorado (4) noivo (5) amante (6) amigo (7) recém-conhecido (8) parente (9) patrão/empregado (10) garoto(a) de programa (11) cliente (12) estranho (13) Outro:_____	(1) sim (0) não	**→ 1138** **prossiga**	(1) casa/unida, união estável (2) não conhece (3) parceiro fixo/ não precisa (4) não tinha (5) é cara (6) parceiro não gosta (7) não gosta (8) usa outro método (9) Outro (especifique): _____

1138.	Caso você não queira/quisesse ter relação sexual com seu(ua) parceiro(a) mais recente, você acha que pode/poderia evitá-la...? **LEIA AS OPÇÕES**	(1) com certeza (2) com alguma certeza (3) tentaria, mas não conseguiria evitar (4) não tentaria evitar
1139.	Imagine que você precise/precisasse interromper uma transa com seu parceiro mais recente, depois das primeiras carícias, para usar algum método contraceptivo – como a camisinha ou alguma pomada – você acha que conseguiria...? **LEIA AS OPÇÕES**	(0) HSM (1) com certeza (2) com alguma certeza (3) tentaria, mas não conseguiria (4) não tentaria
1140.	Imagine que seu parceiro mais recente não quisesse usar camisinha e você quisesse. Com que certeza você acha que pode/poderia evitar a relação sexual por esse motivo? **LEIA AS OPÇÕES**	(0) HSM (1) com toda certeza (2) com alguma certeza (3) não tentaria evitar
1141.	Você sabe onde pode/poderia conseguir ou adquirir a camisinha? (MASCULINA OU FEMININA)	(1) sim (0) não → **prossiga → 1143**
1142.	Onde você pode/poderia conseguir a camisinha? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) farmácia (B) hospital/maternidade pública (SUS) (C) hospital privado conveniado do SUS (D) centro/posto de saúde (E) ambulatório/consultório via plano de saúde (F) ambulatório/consultório via convênio (G) hospital/clínica particular (H) pronto-socorro ou emergência (I) agente comunitário (J) amigo/familiar (K) supermercado (L) Outro (especifique):_____
1143.	Vou dizer uma frase e você vai me dizer se concorda totalmente, apenas concorda, não concorda nem discorda, apenas discorda ou discorda totalmente: "Dentro do casamento, a mulher deve ter liberdade de iniciar ou terminar a relação sexual".	(1) concordo totalmente (2) concordo (3) não concordo nem discordo (4) discordo (5) discordo totalmente

12) DST/aids, NOÇÕES E PRÁTICA DE SEXO SEGURO

1200.	Agora eu gostaria de falar sobre doenças que podem ser transmitidas através das relações sexuais. Você já ouviu falar deste tipo de doença?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1202**
1201.	Que doenças deste tipo você conhece ou ouviu falar? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) não conhece nenhuma DST (B) gonorréia/blenorragia/gota matinal (C) sífilis/cancro duro (D) cancro mole/cavalo (E) linfogranuloma/mula (F) condiloma/verrugas genitais (G) herpes (H) tricomoníase (I) candidíase/flores brancas (J) clamídia (K) aids (L) Outra (especifique):_____	
1202.	**CONFIRA 1115**	☐ ***JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS*** ☐ ***NUNCA TEVE RELAÇÕES***	**prossiga** **→1210**
1203.	Nos últimos 12 meses, teve alguma doença que é transmitida através de relações sexuais? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) não teve nenhuma DST (B) gonorréia/blenorragia/gota matinal (C) sífilis/cancro duro (D) cancro mole/cavalo (E) linfogranuloma/mula (F) condiloma/verrugas genitais (G) herpes (H) tricomoníase (I) candidíase/flores brancas (J) clamídia	
1204.	Nos últimos 12 meses, teve algum dos seguintes sintomas? LEIA E MARQUE TODAS AS CONFIRMADAS	(A) corrimento vaginal/coceira (B) dor/ardência ao urinar (C) ferida/úlcera na vagina ou vulva (D) verrugas na vulva/ânus	[__] sim [__] não [__] sim [__] não [__] sim [__] não [__] sim [__] não
1205.	**CONFIRA 1203 E/OU 1204**	☐ ***TEVE DOENÇA OU SINTOMA*** ☐ ***NÃO TEVE DOENÇA OU SINTOMA***	**prossiga** **→1210**
1206.	Na última vez que teve [NOME DA DST OU SINTOMA], procurou tratamento?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1210**
1207.	Onde você foi para procurar tratamento?	(1) farmácia (2) hospital público (SUS) (3) hospital privado conveniado do SUS (4) centro/posto de saúde (5) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (6) hospital/clínica/consultório via convênio (7) hospital/clínica/consultório particular (8) pronto-socorro ou emergência (9) agente comunitário (10) amigo/familiar (11) Outro (especifique):_____	
1208.	Você fez/está fazendo o tratamento?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1210**
1209.	Como pagou/vai pagar pelo tratamento?	(1) particular (2) plano de saúde (3) plano de saúde + dinheiro (4) SUS (5) SUS + dinheiro (6) Outro (especifique):_____	

1210.	**CONFIRA 1201**	☐ ***NÃO MENCIONOU AIDS*** ☐ ***MENCIONOU AIDS***	**prossiga →1212**
1211.	Já ouviu falar sobre aids?	(1) sim (0) não	**prossiga → 1300**
1212.	Como uma pessoa pode pegar aids? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) beijando no rosto (B) beijando na boca (C) aperto de mão (D) nas relações sexuais com penetração (E) fazendo sexo oral (F) em transfusão de sangue (G) doando sangue (H) usando agulhas/seringas não descartáveis (I) mordida de mosquito (J) em acento de vaso sanitário (K) na gravidez (da mãe para o feto) (L) pela amamentação (da mãe para o bebê) (M) através de utensílios domésticos (N) na praia/piscina (O) Outro (especifique):_____	
1213.	Você sabe o que uma pessoa pode fazer para se proteger da aids?	(1) sim (0) não	**prossiga → 1215**
1214.	O que uma pessoa pode fazer para evitar contrair a aids? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) abster-se de ter relações sexuais (B) usar camisinha (C) ter um só parceiro (D) diminuir o número de parceiros (E) não ter relações com bi/homossexuais (F) tomar cuidado se precisar de transfusão de sangue (G) não doar sangue (H) só usar agulhas/seringas descartáveis (I) evitar beijar na boca (J) não conviver com pessoa infectada (K) não usar banheiro público (L) ir ao médico (M) Outro (especifique):_____ (N) NS/NR	
1215.	A aids já tem cura?	(1) sim (0) não (2) NS	
1216.	A aids pode ser controlada?	(1) sim (0) não (2) NS	
1217.	Você sabe se o SUS/governo paga o tratamento de aids?	(1) sim, paga (0) não, não paga (2) NS	
1218.	Você sabe onde pode procurar tratamento para aids?	(1) sim (0) não (2) NS	**prossiga** **→ 1220** **→ 1220**
1219.	Onde você pode procurar tratamento para aids?	(1) farmácia (2) hospital público (SUS) (3) hospital privado conveniado do SUS (4) centro/posto de saúde (5) hospital/clínica/consultório via plano de saúde (6) hospital/clínica/consultório via convênio (7) hospital/clínica/consultório particular (8) pronto-socorro ou emergência (9) agente comunitário	

		(10) amigo/familiar (11) Outro (especifique):_____	
1220.	Você acha que o seu risco de contrair aids é grande, moderado, pequeno ou você não corre risco nenhum?	(1) não corre risco (2) pequeno (3) moderado (4) grande	
1221.	O seu conhecimento sobre aids influenciou/modificou sua vida/comportamento sexual?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1223**
1222.	De que maneira? MARQUE TODAS AS MENCIONADAS	(A) deixou de ter relações sexuais (B) começou a usar camisinha (MASCULINA OU FEMININA) (C) passou a usar camisinha em todas as relações sexuais (D) se limita a ter relações sexuais com um só parceiro (E) reduziu o número de parceiros (F) parou de ter relações com bissexuais/homossexuais (G) Outro (especifique):_____	
1223.	Você já fez o exame do HIV? ....Tem mais ou menos de 1 ano?	(1) sim, há menos de 1 ano (2) sim, há mais de 1 ano (0) nunca fez	
1224.	A aids pode ser transmitida da mãe para o bebê na gravidez?	(1) sim (0) não (2) NS	

13) PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE

1300.	**CONFIRA 911 E/OU 912**	☐ ***NÃO É ESTERILIZADA / HISTERECTOMIZADA / MENOPAUSA*** ☐ ***É ESTERILIZADA / HISTERECTOMIZADA / MENOPAUSA***	**prossiga** **→ 1303**
1301.	Quer ter um/outro filho?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1303**
1302.	Quanto tempo quer esperar para ter um/outro filho?	___ meses ___ ano(s) (91) não quer esperar (92) não pode ficar grávida (93) esperar se casar (94) Outro (especifique):_____ (95) NS	
1303.	**CONFIRA 305**	☐ ***TEM FILHOS VIVOS*** ☐ ***NÃO TEM FILHOS VIVOS***	**prossiga** **→ 1305**
1304.	Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que ainda não tinha nenhum filho, e pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, que número seria esse?	000 Nenhum ___ filho(s) ___ NS/NR	**Qualquer resposta:** **→ 1306**
1305.	Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos seriam?	000 Nenhum ___ filho(s) ___ NS/NR	
1306.	**CONFIRA 911**	☐ ***NÃO ESTÁ USANDO MÉTODO*** ☐ ***ESTÁ USANDO MÉTODO*** ☐ ***ESTERILIZADA***	**prossiga** **→ 1308** **→ 1400**
1307.	Pensa em usar método nos próximos 12 meses?	(1) sim (0) não (2) NS	**→ 1309** **prossiga** **prossiga**
1308.	Pensa em usar método no futuro?	(1) sim (0) não	**prossiga** **→ 1310**

1309.	Qual método prefere utilizar no futuro?	(1) pílula (2) DIU (1) injeções (3) implantes (implanon) (4) diafragma (5) espermicida/tabletes (6) camisinha masculina (7) camisinha feminina (8) esterilização masculina (9) esterilização feminina (10) tabela/abstinência periódica (11) coito interrompido (12) anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte) (13) Outro (especifique):	
1310.	**CONFIRA 1102 E/OU 1105**	☐ ***TEM PARCEIRO SEXUAL REGULAR*** ☐ ***NÃO TEM PARCEIRO SEXUAL REGULAR***	**prossiga** **→ 1400**
1311.	Você conversa com o seu parceiro/marido para resolver que método usar?	(1) sim (0) não	
1312.	Esse método que está usando/o último método que usou, foi decidido só por você, só por seu companheiro ou por ambos?	(1) só pela entrevistada (2) só pelo marido/companheiro (3) por ambos	

14) CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/COMPANHEIRO(A)

1400.	**CONFIRA 1310**	☐ ***TEM PARCEIRO(A) REGULAR*** ☐ ***NÃO TEM PARCEIRO(A) REGULAR***	**prossiga** **FIM**
1401.	Eu gostaria de terminar perguntando algumas sobre o seu (atual) marido/companheiro(a)/parceiro(a). Quantos anos completos tem seu marido/companheiro(a)/parceiro(a)?	____ anos	
1402.	Qual foi a série e grau que seu marido/companheiro(a)/parceiro(a) Completou na escola com aprovação?	____ série ____ grau	
1403.	Seu marido/companheiro(a)/parceiro(a) está empregado/trabalhando atualmente?	(1) sim (0) não (2) inativo/aposentado (3) inválido(a)/incapacitado(a)	**prossiga** **FIM** **FIM** **FIM**
1404.	Qual é o/a trabalho/ocupação/atividade de seu marido/companheiro(a)/parceiro(a)?	(1) anotar:_____ (2) aposentado	
1405.	Ele(a) tem carteira assinada?	(1) sim (0) não (2) funcionário público (3) autônomo	**FIM**

PEÇA ALGUNS MINUTOS PARA QUE VOCÊ POSSA VERIFICAR SE SEGUIU TODOS OS PULOS E FILTROS E PREENCHEU TODAS OS CAMPOS CORRETAMENTE E AGRADEÇA A ATENÇÃO E A DISPONIBILIDADE DISPENSADAS

OBSERVAÇÕES

ANEXO V – Item I: Livro de Códigos

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Nome Posição

MUNIC MUNICÍPIO 1
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	Belo Horizonte
2	Recife

SETOR setor 2
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: 18 Alignment: Right

Value	Label
1	25 61 0125 Bhz A1
2	25 61 0014 Bhz A2
3	25 61 0089 Bhz A3
4	25 61 0212 Bhz A4
5	25 61 0165 Bhz A5
6	25 61 0050 Bhz A6
7	25 61 0251 Bhz A7
8	05 62 0367 Bhz A8
9	05 67 0082 Bhz A9
10	05 67 0039 Bhz A10
11	05 67 0008 Bhz A11
12	05 67 0117 Bhz A12
13	05 67 0187 Bhz A13
14	05 65 0188 Bhz A14
15	05 65 0029 Bhz A15
16	05 65 0112 Bhz A16
17	05 65 0231 Bhz A17
18	05 65 0267 Bhz A18
19	05 68 0086 Bhz A19
20	05 65 0313 Bhz A20
21	05 62 0116 Bhz Fav.
22	05 62 0298 Bhz Fav.
23	05 63 0167 Bhz Fav.
24	05 62 0068 Bhz V1
25	05 62 0028 Bhz V2
26	05 62 0153 Bhz V3
27	05 62 0193 Bhz V4
28	05 62 0231 Bhz V5

29	05 62 0269	Bhz	V6
30	05 62 0324	Bhz	V7
31	05 67 0285	Bhz	V8
32	05 67 0235	Bhz	V9
33	05 63 0034	Bhz	V10
34	05 63 0241	Bhz	V11
35	05 63 0072	Bhz	V12
36	05 63 0114	Bhz	V13
37	05 64 0134	Bhz	V14
38	05 64 0096	Bhz	V15
39	05 64 0024	Bhz	V16
40	05 64 0061	Bhz	V17
41	05 65 0368	Bhz	V18
42	05 65 0149	Bhz	V19
43	05 65 0069	Bhz	V20
44	05 65 0405	Bhz	V21
45	05 64 0104	Bhz	Fav.
46	05 65 0334	Bhz	Fav.
47	05 67 0132	Bhz	Fav.
48	60 69 0215	Bhz	L1
49	60 69 0123	Bhz	L2
50	60 66 0169	Bhz	L3
51	60 69 0174	Bhz	L4
52	05 69 0001	Bhz	L5
53	60 69 0078	Bhz	L6
54	60 69 0038	Bhz	L7
55	05 68 0044	Bhz	L8
56	60 68 0033	Bhz	L9
57	60 66 0124	Bhz	L10
58	60 66 0050	Bhz	L11
59	60 66 0086	Bhz	L12
60	60 66 0015	Bhz	L13
61	60 64 0008	Bhz	L14
62	60 64 0049	Bhz	L15
63	60 64 0084	Bhz	L16
64	60 64 0120	Bhz	L17
65	05 63 0153	Bhz	L18
66	05 63 0202	Bhz	L19
67	05 68 0131	Bhz	L20
68	05 67 0215	Bhz	Fav.
69	60 64 0035	Bhz	Fav.
70	60 69 0143	Bhz	Fav.
71	05 19 0052	Rec 1	
72	05 19 0070	Rec 2	
73	05 19 0077	Rec 3	
74	05 19 0085	Rec 4	
75	05 19 0102	Rec 5	
76	05 19 0149	Rec 6	
77	05 19 0007	Rec 7	

78	05 19 0139	Rec 8
79	05 19 0030	Rec 9
80	05 18 0035	Rec 10
81	05 18 0053	Rec 11
82	05 18 0009	Rec 12
83	05 18 0079	Rec 13
84	05 18 0064	Rec 14
85	05 22 0069	Rec 15
86	05 22 0115	Rec 16
87	05 22 0003	Rec 17
88	05 22 0211	Rec 18
89	05 22 0192	Rec 19
90	05 22 0174	Rec 20
91	05 22 0143	Rec 21
92	05 22 0091	Rec 22
93	05 22 0052	Rec 23
94	05 22 0026	Rec 24
95	05 22 0033	Rec 25
96	05 22 0182	Rec 26
97	05 21 0205	Rec 27
98	05 21 0186	Rec 28
99	05 21 0168	Rec 29
100	05 21 0226	Rec 30
101	05 21 0125	Rec 31
102	05 21 0137	Rec 32
103	05 21 0141	Rec 33
104	05 21 0156	Rec 34
105	05 21 0108	Rec 35
106	05 21 0003	Rec 36
107	05 21 0020	Rec 37
108	05 21 0057	Rec 38
109	05 21 0078	Rec 39
110	05 20 0120	Rec 40
111	05 20 0149	Rec 41
112	05 20 0139	Rec 42
113	05 20 0152	Rec 43
114	05 20 0179	Rec 44
115	05 20 0116	Rec 45
116	05 20 0079	Rec 46
117	05 20 0072	Rec 47
118	05 20 0055	Rec 48
119	05 20 0037	Rec 49
120	05 20 0033	Rec 50
121	05 20 0017	Rec 51
122	05 20 0186	Rec 52
123	05 23 0134	Rec 53
124	05 23 0150	Rec 54
125	05 23 0167	Rec 55
126	05 23 0185	Rec 56

127	05 23 0201	Rec 57
128	05 23 0159	Rec 58
129	05 23 0220	Rec 59
130	05 23 0014	Rec 60
131	05 23 0048	Rec 61
132	05 23 0081	Rec 62
133	05 23 0110	Rec 63
134	05 23 0128	Rec 64
135	05 23 0239	Rec 65
136	05 23 0251	Rec 66
137	05 23 0268	Rec 67
138	05 23 0271	Rec 68
139	05 23 0286	Rec 69
140	05 23 0292	Rec 70

0) CARACTERIZAÇÃO DO DOMICILIO

Informação sobre as variáveis:

Nome Posição

NQUEST * No label * 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0001 número da linha 2
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0002 nome do morador 3
Measurement level: Nominal
Format: A29 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0003 Sexo 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 masculino
2 feminino

V0004 idade 8
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0005A Mês do nascimento 9
Measurement level: Ordinal

Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0005B Ano do nascimento 10
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0006 Relação com o responsável pelo domicílio 11
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0007 Está estudando 12
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0008A última série concluída com aprovação 13
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0008B grau da última série concluída com aprovação 14
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0009 elegível 15
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

NQUEST Número do questionário 3
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0010 tipo de domicílio 4
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: 10 Alignment: Right

Value Label

1 próprio pago
2 próprio em pagamento
3 alugado
4 cedido
90 outros
99 não sabe, não respondeu

V0011 número de cômodos do domicílio 5

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0012 cômodos utilizados p/ dormir 6
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0013 material predominante do telhado 7
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 telha
2 laje de concreto
3 madeira aparelhada
4 zinco
5 madeira aproveitada
6 palha
90 outros
99 não sabe, não respondeu

V0014 material predominante das paredes 8
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 telha
2 laje de concreto
3 madeira aparelhada
4 zinco
5 madeira aproveitada
6 palha
90 outros
99 não sabe, não respondeu

V0015 domicílio tem água canalizada em pelo menos um cômodo 9
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não

1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0016 origem da água utilizada no domicílio 10
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 rede geral de distribuição
2 poço ou nascente
3 rede geral e poço
90 outros
99 não sabe, não respondeu

V0017 banheiro ou sanitário no domicílio 11
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0018 uso do banheiro ou sanitário 12
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 só do domicílio
2 comum a mais de um domicílio
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0019 escoamento do banheiro ou sanitário 13
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 Esgoto
2 fossa séptica ligada a rede coletora esgoto ou pluvial
3 fossa séptica não ligada a rede coleto de esgoto ou pluvial
4 fossa rudimentar
5 vala
6 direto par rio, lago ou mar
88 não se aplica
90 outros
99 não sabe, não respondeu

V0020 destino do lixo do domicílio 14
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	coletado diretamente
2	coletado indiretamente
3	queimado ou enterrado na propriedade
4	jogado em terreno baldio ou logradouro
5	jogado em rio, lagoa ou mar
90	outros
99	não sabe, não respondeu

V0021 forma de iluminação do domicílio 15
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	elétrica, de rede
2	elétrica, outra fonte
3	óleo, querosene ou gás de botijão
90	outros
99	não sabe, não respondeu

V0022 número de rádios no domicílio 16
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
99	não sabe, não respondeu

V0023 número de TV preto e branco no domicílio 17
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
99	não sabe, não respondeu

V0024 número de TV a cores no domicílio 18
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0025 número de vídeos cassetes no domicílio 19
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0026A número de máquinas de lavar no domicílio 20
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0026B número de tanquinhos no domicílio 21
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0027 número de geladeiras no domicílio 22
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0028 número de freezers no domicílio 23
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0029 número de microondas no domicílio 24
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0030 número de telefones fixos no domicílio 25
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0031 número de automóveis no domicílio 26
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0032 número de motocicletas no domicílio 27
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0033 número de computadores no domicílio 28
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

V0034 número de empregadas domésticas (diarista ou mensalista) 29
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe, não respondeu

1) CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTADA

V0100 alter-classificacao 30
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branca
2 preta
3 parda
4 amarela
5 indígena

V0101 nome da entrevistada 31

Measurement level: Nominal
Format: A26 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0102 número da entrevistada no quadro de domicílio 35
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0103 dia de nascimento 36
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0103B mês de nascimento 37
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0103C ano de nascimento 38
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0104 idade em anos completos 39
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0105 nasceu e sempre morou no município 40
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim e sempre morou
2 nasceu,mas morou em outro
99 não sabe, não respondeu

V0106A Município onde Nasceu 41
Measurement level: Nominal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

72 Estados Unidos
73 Uruguai

V0107 anos ininterruptos no estado 42
Measurement level: Scale

Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0108 anos ininterruptos no município 43
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0109A Município / país onde morava antes 44
Measurement level: Nominal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

71 Canadá
72 Estados Unidos
73 Uruguai

V0110 moradia rural/urbana 45
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 urbana
2 rural
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0111 morou em outro local 46
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0112A Município / país onde residia anteriormente 47
Measurement level: Nominal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

75 Bélgica

V0113 tempo de residência anterior 48
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

88 não se aplica

V0114 área urbana/rural de residência anterior 49
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 urbana
2 rural
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0115 local de trabalho/estudo 50
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 neste município
2 não trabalha nem estuda
3 município
4 país estrangeiro
99 não sabe, não respondeu

V0116 estado civil atual 51
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 casada
2 unida
3 solteira
4 divorciada/separada
5 viúva
99 não sabe/não respondeu

V0117 freqüenta escola 52
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

99 não sabe, não respondeu

V0118 curso de educação formal que faz 53
Measurement level: Nominal
Format: A30 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0119 freqüentou escola ? 57
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0120 sabe ler e escrever 58
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0121 capacidade de leitura 59
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 facilmente
2 com dificuldade
3 não consegue ler
99 não sabe, não respondeu

V0122 última série concluída com aprovação 60
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0123 grau da última série 61
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0124 auto classificação de cor 62
Measurement level: Nominal
Format: A21 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0125 auto classificação de raça 65
Measurement level: Nominal
Format: A30 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0126 cor/raça segundo categorias IBGE 69
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	preta
3	parda
4	amarela/oriental
5	indígena
99	não sabe, não respondeu

V0127 cor/raça segundo categorias 2 70
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	negra
3	parda
99	não sabe, não respondeu

V0128 cor/raça segundo categorias 3 71
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	preta
3	morena
99	não sabe, não respondeu

V0129 cor/raça segundo categorias 4 72
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	negra
3	morena
99	não sabe, não respondeu

V0130 cor/raça segundo categorias 5 73
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	negra
3	mulata
99	não sabe, não respondeu

V0131 cor/raça do pai 74
Measurement level: Nominal
Format: A31 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0132 cor/raça da mãe 78
Measurement level: Nominal
Format: A31 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0133 cor/raça do pai segundo categorias IBGE 82
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	preta
3	parda
4	amarela/oriental
5	indígena
99	não sabe, não respondeu

V0134 cor/raça da mãe segundo categorias IBGE 83
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	branca
2	preta
3	parda
4	amarela/oriental
5	indígena
99	não sabe, não respondeu

V0135 raça/cor do cantor Netinho 84
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branco
2 negro
3 mulato
99 Não conhece/Não sabe

V0136 raça/cor da atriz Camila Pitanga 85
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branca
2 negra
3 mulata
99 Não conhece/Não sabe

V0137 raça/cor do Lula 86
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branco
2 negro
3 mulato
99 Não conhece/Não sabe

V0138 raça/cor do Popó 87
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branco
2 negro
3 mulato
99 Não conhece/Não sabe

V0139 raça/cor do Ronaldinho 88
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branco
2 negro

3 mulato
99 Não conhece/Não sabe

V0140A mal tratada pela aparência 89
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0141A freqüência mal tratamento pela aparência 90
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 freqüentemente
2 às vezes
3 raramente
4 nunca
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0140B tratamento diferenciado cor da pele 91
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0141B freqüência de tratamento diferenciado por cor 92
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 freqüentemente
2 às vezes
3 raramente
4 nunca
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0140C tratamento diferenciado por ser mulher 93
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe, não respondeu

V0141C freqüência de tratamento diferenciado por ser mulher 94
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	freqüentemente
2	às vezes
3	raramente
4	nunca
88	não se aplica
99	não sabe, não respondeu

V0140D agirem como se fosse desonesta 95
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe, não respondeu

V0141D freqüência de agirem como se fosse desonesta 96
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	freqüentemente
2	às vezes
3	raramente
4	nunca
88	não se aplica
99	não sabe, não respondeu

V0140E vigiada ou seguida em lojas 97
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0141E freqüência de ser seguida ou vigiada 98
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 freqüentemente
2 às vezes
3 raramente
4 nunca
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0142 confira v0126 99
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 branca, amarela ou indígena
2 preta ou parda

V0143A como se sentiria se seu chefe fosse negro 100
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom
2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0143B como se sentiria se famílias negras morassem na vizinhança 101
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom

2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0143C como se sentiria se filho(a) casasse com pessoa negra 102
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom
2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0144A como se sentiria se chefe não fosse negro 103
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom
2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0144B como se sentiria famílias não negras morassem na vizinhança 104
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom
2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0144C como se sentiria se filho(a) casasse com pessoa não negra 105
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 acharia bom
2 não me importaria
3 ficaria contrariada mas procuraria aceitar
4 não aceitaria
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0145 religião em que foi criada 106
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: 17 Alignment: Right

Value Label

1 nenhuma
2 católica romana
3 protestantismo histórico
4 pentecostal
6 espírita kardecista
7 afro-brasileira
8 judaísmo
90 Outra
99 não sabe, não respondeu

V0146 religião atual 107
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 nenhuma
2 católica romana
3 protestantismo histórico
4 pentecostal
6 espírita kardecista
7 afro-brasileira
8 judaísmo
90 Outra
99 não sabe, não respondeu

V0147 freqüência às cerimonias religiosas 108
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: 18 Alignment: Right

Value Label

1 não freqüenta
2 diariamente

3 mais de uma vez por semana
4 uma vez por semana
5 mais de uma vez por mês
6 mensalmente
7 menos de uma vez por mês
99 não sabe, não respondeu

V0148 participação e freqüência regular à grupos ou organização 109
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0149 participou ou freqüentou de grupo ou organização 110
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe/não respondeu

V0150A participa de grupo de mães(inclusive religioso) 111
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe/não respondeu

V0150B Participa de grupo de mulheres (inclusive religioso) 112
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe/não respondeu

V0150C participa de grupo de jovens (inclusive religioso) 113
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe/não respondeu

V0150D participa de igreja 114
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe/não respondeu

V0150E participa de entidade filantrópica 115
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0150F Participa de sindicato 116
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0150G participa de partido político 117
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0150H participa de outro grupo ou organização 118
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0150I Participa de Associação de Bairro 119
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0150J Participa de Trab. Voluntário/Grupo Social 120
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica

V0151 trabalhou ou exerceu atividade 121
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0152 principal atividade exercida 122
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: 10 Alignment: Right

Value Label

1 ver v0152a
2 dona de casa
3 desempregada
4 aposentada
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0152A Atividade exercida especificada 123
Measurement level: Nominal
Format: A74 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0153 carteira assinada 133
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
2 funcionária pública
3 autônoma
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0154 rendimento bruto pela atividade 134
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

88888 não se aplica
99999 NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU

V0155 realizou algum trabalho antes 135
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica
99 não sabe, não respondeu

V0156 qual foi este trabalho 136
Measurement level: Nominal
Format: A63 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0157 rendimento total do domicílio 144
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99999 NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU

2) UTILIZAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

V0200 você tem um plano de saúde ? 145
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0201 neste plano você é titular ou dependente? 146
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 dependente
1 titular
99 não sabe, não respondeu

V0202 o titular deste plano de saúde mora neste domicilio? 147
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe, não respondeu

V0203 titular deste plano de saúde 148
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 morador(a) do domicílio

90 outro
99 não sabe, não respondeu

V0203A numero da linha do titular 149
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0203B Titular do plano externo ao domicílio 150
Measurement level: Nominal
Format: A19 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0204 Quem paga, na maioria das vezes, a mensalidade deste plano? 153
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 só a entrevistada
2 só o empregador
3 morador(a) do domicílio
90 outro
99 não sabe, não respondeu

V0204A numero da linha do pagador 154
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0204B Outra opção, quem paga 155
Measurement level: Nominal
Format: A39 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0205A em que mês você começou a ter direito a este plano? 160
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0205B em que ano você começou a ter direito a este plano? 161
Measurement level: Scale
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0206 este plano tem médicos, hospitais e serviços públicos? 162
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0207 este plano oferece lista de médicos, hospitais e serviços 163

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0208 este plano dá direito a convênio? 164
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0209 este plano dá direito a planos complementares? 165
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0210 este plano dá direito a internações hospitalares? 166
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0211 este plano dá direito a medicamentos fora da internação? 167
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0212 além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelos atendimentos 168
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0213 você já teve plano de saúde antes? Ou antes desse, tinha outro? 169
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0214IA mês de início do período de direito a este plano 170
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0214IB ano de início do período de direito a este plano 171
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0214FA mês de início do período de direito a este plano 172
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0214FB ano de início do período de direito a este plano 173
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

3) REPRODUÇÃO

V0300 Já teve algum filho (a) nascido (a) vivo (a)? 174
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0301A Quantos filhos? 175
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0301B Quantos filhas? 176
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0302A Quantos filhos não vivem com você? 177
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0302B Quantos filhas não vivem com você? 178
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0303 Teve algum filho/filha que nasceu vivo, mas morreu depois 179
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0304A Quantos filhos já faleceram? 180
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0304B Quantos filhas já faleceram? 181
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0305A total de filhos nascidos vivos 182
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0306A mês do nascimento do primeiro filho 183
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0306B ano do nascimento do primeiro filho 184
Measurement level: Scale
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0307 no momento você está grávida? 185
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
2 não tem certeza

V0308 De quantas semanas? 186
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0309 esta gravidez foi planejada? 187
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 Não sabe, não lembra

V0310 Confira 300 188
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 teve filho nascido vivo

2 não teve filho nascido vivo
99 não sabe/não respondeu

V0311 Já ficou grávida alguma (outra) vez? 189
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0312 Quantas vezes você já ficou grávida? 190
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não sabe/não respondeu

V0313 Já teve algum aborto? 191
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

4) HISTÓRIA DE GRAVIDEZES

Informação sobre a variável:

Nome Posição

NQUEST * No label * 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0400 número da linha 2
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0400 total de gravidezes 192
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0401A mês do término da gravidez 3
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0401B ano do término da gravidez 4
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0402 queria ficar grávida 5
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 queria ficar grávida
2 queria ficar grávida mais tarde
3 não queria mais ter filho
4 não sabe, não lembra

V0403 quantos meses durou esta gravidez 6
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0404 como terminou a gravidez 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 nascido vivo
2 nascido vivo múltiplo
3 nascido vivo+nascido morto
4 nascido morto
5 aborto espontâneo
6 aborto induzido

5) HISTÓRIA DE NASCIMENTOS

Informação sobre a variável:

Nome Posição

NQUEST * No label * 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0500 número da linha 2
Measurement level: Ordinal

Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0500 total de nascidos vivos 193
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0501 nome do filho 3
Measurement level: Nominal
Format: A18 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0502 o nascimento do filho foi 6
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 único
2 múltiplo

V0503 sexo 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 masculino
2 feminino

V0504 tem certidão de nascimento 8
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0505 A certidão de nascimento tem o nome do pai 9
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0506A Mês do nascimento do filho 10
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0506B Ano do nascimento do filho 11
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0507 Está vivo? 12
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0508 Se vivo, quantos anos fez no último aniversário? 13
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0509 Se morreu, que idade tinha quando morreu? em dias 14
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

88888 não morreu

V0510 Teve algum outro nascimento entre o filho anterior a este? 15
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
88 não se aplica (primeiro filho)

V0512 total de nascidos vivos a partir de 2/abril/97 194
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

6) PRÉ-NATAL

Informação sobre a variável:

Nome Posição

NQUEST * No label * 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0600A_1 número da linha no quadro de nascimentos 2
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0600B_1 nome 3
Measurement level: Nominal
Format: A18 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0601_1 Usava algum método anticoncepcional 6
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0602_1 Qual foi o último método que usou nesta época 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	pílula
2	DIU
3	injeções
4	implantes
5	diafragma
6	espermicida/tabletes
7	camisinha masculina
8	camisinha feminina
9	esterilização feminina
10	esterilização masculina
11	tabela /abstinência periódica
12	coito interrompido
13	amenorréia da lactação
14	contracepção de emergência
88	não se aplica
90	outro
99	não sabe / não respondeu

V0603A_1 Em que mês começou a usar o método 8
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0603B_1 Em que ano começou a usar o método 9
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0604_1 Estava usando algum método quando ficou grávida 10
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0605_1 Fez pré-natal 11
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0606_1 Onde fez a maior parte do pré-natal 12
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	hospital/maternidade pública SUS
2	hospital privado conveniado do SUS
3	centro/posto de saúde
4	hospital/consultório via plano de saúde
5	hospital/consultório via convênio
6	hospital/consultório particular
7	outro

V0607_1 Qual era o profissional encarregado de seu acompanhamento pr 13
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	médico
2	enfermeira
3	auxiliar de enfermagem
4	parteira treinada
5	parteira leiga
6	outro

V0608_1 Quantas semanas de gravidez tinha no primeiro exame 14
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0609_1 Quantas consultas de pré-natal fez durante a gravidez 15
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0610A_1 Nas consultas, era verificada a pressão? 16
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610B_1 Nas consultas, era medida a barriga? 17
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610C_1 Nas consultas, era verificado o peso? 18
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610D_1 Nas consultas, fez exame vaginal? 19
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610E_1 Nas consultas, fez ausculta fetal? 20
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610F_1 Nas consultas, submeteu-se a OUTRO procedimento? 21
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0610G_1 Nas consultas, não houve nenhum procedimento 22
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0611A_1 Fez no pré-natal, exame de sangue 23
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0611B_1 Fez no pré-natal, exame de urina 24
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0611C_1 Fez no pré-natal, exame ultra-som 25
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0611D_1 Fez no pré-natal, exame de líquido amniótico 26
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611E_1 Fez no pré-natal, exame de teste de HIV 27
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611F_1 Fez no pré-natal, exame de tipo de sangue 28
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611G_1 Fez no pré-natal, exame de toxoplasmose 29
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611H_1 Fez no pré-natal, exame de Coombs indireto (Rh) 30
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611I_1 Fez no pré-natal, OUTRO exame 31
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não

1 sim

V0611J_1 Fez no pré-natal, nenhum exame 32
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0611K_1 Fez exame de FEZES e/ou GLICOSE 33
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0612_1 durante a gravidez, tomou injeção para prevenir o bebê contr 34
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0613_1 quantas doses desta injeção tomou durante a gravidez 35
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 uma dose
2 duas doses
3 NL

V0614_1 tem cartão de pré-natal 36
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0615_1 durante a gravidez, teve que ser internada ou medicada devid 37

Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 foi internada
2 teve que usar medicação
3 NS/NL

V0616_1 como foi feito o pagamento do pré-natal de [nome] e/ou trata 38
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não fez pré-natal
1 particular
2 plano de saúde
3 plano de saúde + dinheiro
4 SUS
5 SUS + dinheiro
6 outro

V0617_1 Você considera o atendimento que recebeu durante a gravidez 39
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não fez pré-natal
1 muito bom
2 bom
3 regular
4 ruim
5 muito ruim

7) HISTÓRIA DE PARTOS

Informação sobre a variável:

Nome Posição

NQUEST 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0700A_1 2

Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0700B_1 3
Measurement level: Nominal
Format: A9 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0701_1 local do parto, plano de saúde ou convênio 5
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	em casa
2	no trajeto
3	hospital/maternidade pública(sus)
4	hospital particular conveniado com sus
5	centro/posto de saúde
6	hospital/clínica/maternidade via plano de saúde
7	hospital/clínica/maternidade via convênio de empresa
8	hospital/clínica/maternidade particular
90	outro
99	não sabe/não respondeu

V0702_1 Esse foi o primeiro serviço que procurou? 6
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0703_1 quantidade de serviços procurados 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0704_1 quem realizou o parto 8
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	médico
2	enfermeira
3	auxiliar de enfermagem
4	parteira treinada
5	parteira leiga

6 parentes / amigos
7 outro
90 outro

V0705_1 CONFIRA da 701 9
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 parto domiciliar
2 parto no trajeto
3 restante

V0706_1 primeira vez que encontrou com quem fez o parto 10
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 gravidez/parto anterior
2 outras consultas
3 pré natal desta gravidez
4 durante o trabalho de parto
5 durante o parto
90 outro

V0707_1 parto normal ou cesárea 11
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 normal
2 normal com fórceps
3 cesariana

V0708_1 Na hora do parto, recebeu anestesia para dor? 12
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0709A_1 tipo de anestesia peridural/raque 13
Measurement level: Ordinal

Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0709B_1 tipo de anestesia oral 14
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0709C_1 tipo de anestesia intravenosa 15
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0709D_1 tipo de anestesia local para episiotomia 16
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0709E_1 tipo de anestesia Ns/Nl 17
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0710_1 cesárea marcada com antecedência 18

Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0711_1 Você entrou em trabalho de parto? 19
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0712_1 cesárea indicada no pré-natal ou parto 20
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim, durante o pré-natal
2 sim, no parto
3 sim, em ambos

V0713_1A razão de indicação da cesárea parto cesáreo anterior 21
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0713_1B razão de indicação da cesárea/problemas na gravidez anterior 22
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0713_1C razão de indicação da cesárea/ problemas durante a gravidez 23
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0713_1D razão de indicação da cesárea possibilidade de esterilização 24
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0713_1E razão de indicação da cesárea idade 25
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0713_1F razão de indicação da cesárea problemas de saúde não relacionados com parto/gravidez 26
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não respondeu, não sabe

V0713_1G razão de indicação da cesárea não tinha passagem 27
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não

1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0713_1H razão de indicação da cesárea outro 28
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0714_1 Durante o parto, ocorreu algum problema ou complicação? 29
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0715_A1 parto prolongado com contrações regulares durante 12 ou mais 30
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0715_B1 hemorragia vaginal anormal 31
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0715_C1 febre alta e secreção vaginal com mau cheiro 32
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0715_D1 pressão alta 33
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0715_E1 convulsões 34
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0715_F1 outro problema no parto 35
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0716_1 como gastos com parto foram pagos 36
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	particular
2	plano de saúde
3	plano de saúde + dinheiro
4	SUS
5	SUS + dinheiro
90	outro

V0717_1 avaliação do atendimento recebido durante o parto 37
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	muito bom
2	bom

3 regular
4 ruim
5 muito ruim

V0718_1 Antes do nascimento de [nome], você conversou com o(a) médico 38
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

V0719_1 preferência por parto normal ou cesárea 39
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 normal
2 cesariana

V0720_1 solicitou cesárea no pré-natal 40
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não respondeu, não sabe

8) PÓS-PARTO

Informação sobre a variável:

Nome Posição

NQUEST * No label * 1
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0800A_1 número da linha 2
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0800B_1 nome 3
Measurement level: Nominal
Format: A13 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0801_1 Depois do parto do último filho sua menstruação/regra voltou 5
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0802_1 Quantos meses depois do nascimento do último filho que ficou sem menstruar? 6
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0803_1 Recomeçou a ter relações sexuais depois do nascimento do últ 7
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0804_1 quantos meses depois do nascimento do último filho que ficou sem ter relações sexuais? 8
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0805_1 Foi internada ou fez algum exame ginecológico até 40 dias após o parto? 9
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0806_1 Em que hospital/serviço foi feito esse exame ginecológico no pó-parto? 10
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	hospital/maternidade pública SUS
2	hospital privado conveniado ao SUS
3	centro/posto de saúde
4	hospital/consultório via plano de saúde
5	hospital/consultório via convênio
6	hospital/clínica/consultório particular

90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V0807_1 Esse exame ginecológico pós-parto foi de rotina ou devido a algum problema específico? 11
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 de rotina
2 problema específico

V0808A_1 Qual o problema específico: sangramento prolongado (mais de 30 dias) 12
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0808B_1 Qual o problema específico: corrimento com mau cheiro 13
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0808C_1 Qual o problema específico: febre/infecção 14
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0808D_1 Qual o problema específico: veias inflamadas 15
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0808E_1 Qual o problema específico: problemas na amamentação 16
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0808F_1 Qual o problema específico: outro 17
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0809_1 o último nascido vivo teve algum problema de saúde até 40 dias de vida? 18
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0810_1 o último nascido vivo teve que fazer uso de medicação especial e/ou foi internado nesse período? 19
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0811_1 recebeu alguma orientação no pré-natal e/ou na maternidade/hospital sobre amamentação? 20
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não recebeu
1 durante pré-natal
2 na maternidade/hospital
3 em ambos

V0812_1 Amamentou o último filho alguma vez ? 21
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0813_1 Quantas HORAS depois do nascimento do último filho começou a amamentar? 22
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0814_1 Durante quantos DIAS deu só o peito, sem dar água nem chá ? 23
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0815_1 Durante quanto tempo amamentou o último filho? 24
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0816_1 Fez uso de licença-maternidade depois do nascimento do último? 25
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	sim, integralmente
2	sim, parcialmente
3	não, autônoma na época
4	não, empregadora na época
5	não, desempregada na época
6	não, não trabalhava na época
90	Outro

V0817_1 você ou o último filho precisaram de tratamento ou acompanhamento médico no pós-parto? 26
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0818_1 Forma de Pagamento desse tratamento 27
Measurement level: Ordinal

Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 particular
2 plano de saúde
3 plano de saúde + dinheiro
4 SUS
5 SUS + dinheiro
90 Outro
99 não sabe/ não respondeu

V0819_1 o atendimento que recebeu no pós-parto do último filho foi.. 28
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 muito bom
2 bom
3 regular
4 ruim
5 muito ruim

9) ANTICONCEPÇÃO

V0900A conhece ou ouviu falar de pílula espontâneo 195
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901A conhece ou ouviu falar de pílula 196
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902A já usou alguma vez, ou está usando 197
Measurement level: Ordinal

Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0900B conhece ou ouviu falar de DIU espontâneo 198
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0901B conhece ou ouviu falar de diu 199
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0902B já usou alguma vez, ou está usando 200
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0900C conhece ou ouviu falar de injeções espontâneo 201
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0901C conhece ou ouviu falar de injeções 202

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902C já usou alguma vez, ou está usando 203
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900D conhece ou ouviu falar de implantes espontâneo 204
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901D conhece ou ouviu falar de implantes 205
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902D já usou alguma vez, ou está usando 206
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900E conhece ou ouviu falar de diafragma espontâneo 207
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901E conhece ou ouviu falar de diafragma, espermicida... 208
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902E já usou alguma vez, ou está usando 209
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900F conhece ou ouviu falar de camisinha, preservativo espontâneo 210
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901F conhece ou ouviu falar de camisinha,preservativo 211
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902F você ou seu marido/companheiro já usou alguma vez 212
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0900G conhece ou ouviu falar de camisinha feminina espontâneo 213
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0901G conhece ou ouviu falar de camisinha feminina 214
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0902G já usou alguma vez, ou está usando 215
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0900H conhece ou ouviu falar de esterilização feminina espontâneo 216
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

99 não sabe/não respondeu

V0901H conhece ou ouviu falar de esterilização feminina 217
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902H fez a operação para evitar filhos 218
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900I conhece ou ouviu falar de esterilização masculina espontâneo 219
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901I conhece ou ouviu falar de esterilização masculina 220
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902I fez a operação para evitar filhos 221
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não

1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900J conhece ou ouviu falar de tabela, abstinência periódica 222
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901J conhece ou ouviu falar de tabela, abstinência periódica 223
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902J já usou alguma vez, ou está usando 224
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900K conhece ou ouviu falar de coito interrompido (espontâneo) 225
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901K conhece ou ouviu falar de coito interrompido 226
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902K já usou alguma vez, ou está usando 227
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900L conhece ou ouviu falar de anticoncepção de emergência (espontâneo) 228
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901L conhece ou ouviu falar de anticoncepção de emergência 229
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0902L já usou alguma vez, ou está usando 230
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0900M conhece outro método (espontâneo) 231
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901M conhece outro método 232
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0901M2 OUTRO método especificado 233
Measurement level: Nominal
Format: A78 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0902M já usou alguma vez, ou está usando 243
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0903 CONFERIR 902 244
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 nunca usou método
2 já usou método

V0904 JÁ tentou adiar a gravidez 245
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0905 o que você fez para evitar gravidez 246
Measurement level: Nominal
Format: A13 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0906 qual foi o 1 método que usou? 248
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 pílula
2 DIU
3 injeções
4 implantes (implanon)
5 diafragma
6 espermicida/ tabletes
7 camisinha masculina
8 camisinha feminina
9 esterilização masculina (vasectomia)
10 esterilização feminina
11 tabela/ abstinência periódica
12 coito interrompido
13 amenorréia da lactação
14 anticoncepção de emergência
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0907 quantos anos tinha quando usou método pela primeira vez 249
Measurement level: Scale
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0908 QUANTOS FILHOS VIVOS tinha quando usou método pela primeira 250
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V0909 CONFIRA 307 251
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 NÃO ESTÁ GRAVIDA
2 ESTA GRAVIDA

V0910 você ou seu companheiro usa algum método para evitar gravide 252
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0911 que método usa atualmente 253
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 pílula
2 DIU
3 injeções
4 implantes (implanon)
5 diafragma
6 espermicida/ tabletes
7 camisinha masculina
8 camisinha feminina
9 esterilização masculina (vasectomia)
10 esterilização feminina
11 tabela/ abstinência periódica
12 coito interrompido
13 amenorréia da lactação
14 anticoncepção de emergência
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0912 Qual é a razão principal para não estar usando nenhum método 254
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 não está casada/ unida
2 não tem relações sexuais
3 relações sexuais pouco freqüentes
4 menopausa
5 histerectomizada
6 infértil/dificuldade de engravidar
7 amamentando
8 pós-parto
9 deseja mais filhos
10 está grávida
11 se opõe
12 marido/companheiro se opõe
13 outras pessoas se opõem
14 motivos religiosos
15 não conhece nenhum método
16 não sabe onde obter
17 problemas de saúde/efeitos colaterais
18 medo de efeitos colaterais
19 dificuldade de acesso
20 é caro
21 inconveniente para usar
22 interfere com as funções do organismo
90 outra razão
99 não sabe/não respondeu

V0913 quando começou a usar a pílula, consultou médico/enfermeiro 255
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0914 sabe a marca da pílula que estava usando 256
Measurement level: Scale
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	Harmonet ou Armonet
2	Ciclo21
3	Diane35
4	Diminute
5	Femiane
6	Gynera
7	Levogen
8	Microdiol
9	Microvlar
10	Minian
11	Neovlar (ou Neuvra)
12	Nordette
13	Normanor
14	Trinordiol (ou Trimordiol)
15	Triquilar (ou Trikilar)
16	Femina
17	Micronor
18	Selene
19	Lovele
20	Evanor
21	Mercilon
22	Minulet
23	Cenazet
24	Gracial (ou Glacial)
25	Necrodilon
26	Gestrelan
27	Anfertil
28	Minesse
29	Nociclin
30	Ginesse
31	Mireli
32	Unociclo

33 Lenordiol
34 Anaciclin
35 Primovilar
36 Trinoven
37 Micropil

V0915A Nos últimos 30 dias teve perda de sangue 257
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0915B Nos últimos 30 dias menstruação não veio 258
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0915C Nos últimos 30 dias ficou sem pílula 259
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0915D Nos últimos 30 dias teve problemas relacionados com pílula 260
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0916 Deixou de tomar a pílula por mais de um dia 261
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não

1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0917 razão p/ não tomar pílula 262
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 ficou menstruada
2 perdeu sangue
3 menstruação não veio
4 ficou sem pílula
5 esqueceu de tomar
6 não tem atividade sexual
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0918 atitude na última vez que esqueceu de tomar a pílula 263
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 nunca esqueceu
1 tomou uma pílula no dia seguinte
2 tomou duas pílulas no dia seguinte
3 usou outro método
4 não vai mais tomar
5 reiniciou após a menstruação
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0919 última vez que tomou a pílula 264
Measurement level: Ordinal
Format: F5 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

32 MAIS DE UM MÊS
99 NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

V0920 razão p/ não tomar pílula 265
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 esqueceu

2 marido/companheiro ausente
3 motivos de saúde
4 muito caro/custo
5 não é necessário tomar diariamente
6 ficou s/ pílula
7 está menstruando
8 tempo de parada/descanso
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0921 fuma 266
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0922 acompanhamento médico p/ uso da pílula 267
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0923 local da esterilização 268
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 hospital público/SUS
2 hospital privado conveniado do SUS
3 clínica de planejamento familiar
4 hospital/clínica via plano de saúde
5 hospital/clínica via convênio
6 hospital/clínica particular
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0923B denominação do local 269
Measurement level: Nominal
Format: A68 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0924 sabia de outro lugar p/ operação 278
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V0925 pagou pela esterilização 279
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	sim
2	não, foi feita pelo SUS
3	não, político arranjou
4	não, médico arranjou
5	Convênio/Plano de Saúde
6	Pagou Anestesia, restante SUS
90	outro
99	não sabe/não respondeu

V0926 médico político ou candidato a cargo público 280
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não lembra

V0927 esterilização feita no parto do último filho 281
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	sim, na cesárea
2	não, até 72 horas depois do parto normal
3	não, mais de 72h depois do parto normal
99	não sabe/não respondeu

V0928 outra cirurgia junto c/ esterilização 282
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0929 tipo de cirurgia feita junto c/ esterilização 283
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 períneo(colpoperineoplastia)
2 cisto ovariano
3 levantamento de bexiga
4 procedimentos1,2,3
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0930 quem decidiu/recomendou esterilização 284
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 médico(a)
2 respondente sozinha
3 respondente e marido/companheiro
4 marido/companheiro decidiu
5 outro parente
6 não sabia que tinha sido operada
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V0931 motivo da recomendação da esterilização 285
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 idade da entrevistada
2 número de filhos da entrevistada
3 problemas na última gravidez
4 muitas cesarianas
5 Problemas de Saúde
90 outro
99 não sabe/não lembra

V0932 motivo da entrevistada e/ou cônjuge em decidir pela esterili 286
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	menos efeitos colaterais
2	mais fácil de usar
3	método definitivo
4	não quer mais ter filhos
5	recomendação de outra mulher esterilizada
6	menor custo
7	condições financeiras
8	não tinha acesso a outros métodos
9	Problemas de saúde
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V0933 acredita que ainda pode engravidar 287
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
98	NÃO SE APLICA

V0934 se arrepende de ter esterilizado 288
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0935 porque se arrepende 289
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	quer outro filho
2	marido/companheiro que outro filho
3	efeitos colaterais/efeitos de saúde associados à operação
4	mudou de situação conjugal
5	operação falhou
6	filho morreu
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V0936A Mês em que foi esterilizada 290
Measurement level: Ordinal

Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0936B Ano em que foi esterilizada 291
Measurement level: Scale
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V0937 idade na época da esterilização 292
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
99	NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

V0938 Como calcula os dias em que não pode ter relações sexuais, p 293
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	baseado no calendário/conta os dias
2	temperatura do corpo
3	muco cervical (Billings)
4	temperatura e muco cervical
5	sem método específico
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V0939 Normalmente, onde obtém o método atual 294
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	esterilizada/parceiro vasectomizado
1	hospital público (SUS)
2	hospital privado conveniado do SUS
3	centro/posto de saúde
4	clínica de planejamento familiar
5	hospital/clínica via plano de saúde
6	hospital/clínica via convênio
7	hospital/clínica particular
8	consultório/médico particular
9	posto/agente comunitário
10	farmácia ou comércio
11	parceiro arruma/compra
12	amigos/parentes
13	cruz vermelha
14	Gapa/ONG

90 Outro
99 NS/NR

V0940 razão de procurar esse lugar para obter o método 295
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 mais perto do trabalho/casa/supermercado
2 trabalho/atendimento apenas em horário comercial
3 pessoal mais competente/confiável – já conhece o pessoal qu
4 instalações mais limpas
5 mais privacidade
6 menor tempo de espera
7 melhor atendimento
8 mais caro
9 dificuldade de transporte
10 nem sempre tem no posto de saúde
11 pode pagar
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V0940B Outra razão para procurar esse lugar 296
Measurement level: Nominal
Format: A126 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0941 sabe outro local para conseguir o método 312
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0942A em hospital público SUS 313
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942B hospital privado conveniado do SUS 314
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942C em centro/posto de saúde 315
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942D em clínica de planejamento familiar 316
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942E em hospital/clínica via plano de saúde 317
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942F em hospital/clínica via convênio 318
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942G em hospital/clínica particular 319
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não

1 sim

V0942H em consultório/médico particular 320
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942I em posto/agente comunitário 321
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942J em farmácia 322
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942K parceiro arruma ou compra 323
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942L amigos/parentes 324
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0942M igreja 325
Measurement level: Ordinal

Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0942N Outro lugar 326
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0942O NS/NR o lugar 327
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V0943 Você sabe se o SUS ou hospitais públicos ou postos da Prefei 328
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não, não oferece
1	sim, oferece
99	NS

V0944 Você já procurou o SUS/hospitais públicos/postos da Prefeitu 329
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	NL

V0945A procurou hospital público p/ conseguir método 330
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0945B procurou hosp. privado conveniado do SUS p/ conseguir método 331
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0945C procurou posto de saúde da prefeitura p/ conseguir método 332
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0946 sabe onde obter info sobre esterilização 333
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0947 onde conseguir info sobre esterilização 334
Measurement level: Nominal
Format: A64 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0948 sabe onde conseguir esterilização em hosp. público deste mun 342
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0949 onde conseguir esterilização em hosp. público deste municípi 343
Measurement level: Nominal

Format: A73 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0950 sabe se esterilização é paga pelo SUS 353
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não, não é paga
1 sim, é paga
99 NS

V0951 sabe se aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. público 354
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não, não pode
1 sim, pode
99 NS

V0952A situações que o aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. Público 355
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0952B situações que o aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. Público 356
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0952C situações que o aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. Público 357
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0952D situações que o aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. Público 358
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0952E situações que o aborto pode ser feito pelo SUS/hosp. Público 359
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V0953 sabe onde obter info sobre aborto legal no município 360
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 sim

V0954 onde obter info sobre aborto legal no município 361
Measurement level: Nominal
Format: A48 Column Width: Unknown Alignment: Left

V0955 Existem períodos nos quais a mulher tem mais chance de engrav 367
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 NS

V0956 período que a mulher tem mais chance de engravidar 368
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 durante a menstruação
2 logo depois que termina a menstruação
3 no meio do ciclo

4 pouco antes do início da menstruação
5 em qualquer momento
6 dias antes e dias depois da menstruação
90 Outro
99 Não Sabe

V0957 com quanto DIAS de atraso da menstruação faria teste de grav 369
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

999 não sabe/ não lembra

V0958 menstruação atrasou mais de 40 dias 370
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V0959 uso de chás e remédios p/ regularizar menstruação 371
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim, chás
2 sim, remédios
3 sim, ambos
99 não sabe/não respondeu

10) ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO MÉDICO - AUTO-CONHECIMENTO

V1000 quando você precisa de atendimento/consulta ginecológico (a) 372
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
2 nunca foi ao ginecologista
99 não sabe/não respondeu

V1001 quando precisa de atendimento/consulta ginecológico (a), ond 373
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 ambulatório/hospital/maternidade pública SUS
2 ambulatório/hospital conveniado do SUS
3 centro/posto de saúde
4 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
5 hospital/clínica/consultório via convênio
6 hospital/clínica/consultório particular
7 ambulatório/consultório de empresa/sindicato
8 pronto-socorro ou emergência
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1002 tem ou já teve acompanhamento ginecológico regular 374
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1003 CONFIRA 909 375
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 Esta Grávida
2 Não Está Grávida

V1004 nos últimos 12 meses você procurou algum lugar, serviço ou p 376
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim, pré-natal
2 sim, sem relação com gravidez
99 não sabe/não respondeu

V1005 quantas consultas ginecológicas você fez nos últimos 12 meses 377

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1006 onde foi feita a maior parte dessas consultas ginecológicas 378
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 ambulatório/hospital/maternidade pública SUS
2 ambulatório/hospital conveniado do SUS
3 centro/posto de saúde
4 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
5 hospital/clínica/consultório via convênio
6 hospital/clínica/consultório particular
7 ambulatório/consultório de empresa/sindicato
8 pronto-socorro ou emergência
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1007 onde você procurou o primeiro atendimento ginecológico nesse 379
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 farmácia
2 ambulatório/hospital/maternidade pública SUS
3 ambulatório/hospital conveniado privado do SUS
4 centro/posto de saúde
5 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
6 hospital/clínica/consultório via convênio
7 hospital/clínica/consultório particular
8 ambulatório/consultório de empresa/sindicato
9 pronto-socorro ou emergência
10 agente comunitário
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1008 nesse primeiro serviço que você procurou atendimento ginecológico você foi atendida? 380
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1009 porque motivo não foi atendida 381
Measurement level: Nominal
Format: A90 Column Width: Unknown Alignment: Left

V1010 quantos DIAS faz que você procurou esse primeiro atendimento 393
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

999 não sabe/não respondeu

V1011 onde foi feita a/essa última consulta ginecológica que você 394
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 ambulatório/hospital/maternidade pública SUS
2 ambulatório/hospital privado conveniado do SUS
3 centro/posto de saúde
4 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
5 hospital/clínica/consultório via convênio
6 hospital/clínica/consultório particular
7 ambulatório/consultório de empresa/sindicato
8 pronto-socorro ou emergência
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1012 essa última consulta foi de rotina ou devido a algum problema 395
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 rotina
2 problema específico
99 não sabe/não respondeu

V1013 qual problema foi esse 396
Measurement level: Nominal
Format: A202 Column Width: Unknown Alignment: Left

V1014 essa última consulta ginecológica incluiu exame de mamas 422

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1015 nessa consulta, foi medida sua pressão 423
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1016 essa consulta incluiu mamografia 424
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1017 nessa consulta, foi feito o preventivo de câncer (papa nicolau) 425
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1018 nessa consulta, foi feito ultra-som 426
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1019 nessa consulta, foi receitado algum medicamento 427

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1020 nessa consulta, recebeu algum medicamento gratuitamente 428
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1021 considera que o tratamento recebido nesta última consulta gi 429
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	muito bom
2	bom
3	regular
4	ruim
5	muito ruim
99	não sabe/não respondeu

V1022 como esses gastos com a (s) o consulta (s)/tratamento foram 430
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	particular
2	plano de saúde
3	plano de saúde + dinheiro
4	SUS
5	SUS + dinheiro
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V1023 você costuma fazer auto-exame da mama 431
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1024 CONFIRA 104 432
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 menos de45 anos
2 45 anos ou mais

V1025 já entrou na menopausa 433
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1026 você faz acompanhamento médico 434
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1027 onde é feito este acompanhamento médico 435
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 ambulatório/hospital/maternidade pública SUS
2 ambulatório/hospital privado conveniado do SUS
3 centro/posto de saúde
4 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
5 hospital/clínica/consultório via convênio
6 hospital/clínica/consultório particular
7 ambulatório/consultório de empresa/sindicato
8 pronto-socorro ou emergência

90 outro
99 não sabe/não respondeu

V1028 faz uso de reposição hormonal 436
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1029 o medicamento para reposição é obtido gratuitamente ou é pag 437
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 gratuito
2 amostra grátis
3 pago
4 parte pago, parte gratuito
99 não sabe/não respondeu

V1030 em um exame ginecológico, você prefere/preferiria ser atendi 438
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 médicA
2 médicO
3 indiferente
99 NS/NR

V1031 você prefere/preferiria ser atendida por um médico/médica da 439
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 mesma cor da pele
2 indiferente
99 NS/NR

11) CASAMENTO E ATIVIDADE SEXUAL

V1100 Agora eu gostaria de falar sobre outro tema importante, sobr 440
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1101 Esta pessoa é do sexo masculino ou feminino? 441
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	masculino
2	feminino

V1102 Você tem atualmente uma pessoa com a qual mantém relações se 442
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não tem
1	regular
2	ocasional
99	não sabe/não respondeu

V1103 Esta pessoa é do sexo masculino ou feminino? 443
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	masculino
2	feminino

V1104 Alguma vez você já esteve casada ou viveu com algum companhe 444
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1105 Qual é sua situação conjugal atual? 445
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 nunca unida
2 casada
3 unida
4 separada/divorciada
5 viúva'

V1106 Quantas vezes você já esteve casada e/ou viveu com alguém? 446
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 1 vez
2 2 vezes
3 3 vezes
4 4 vezes ou mais
99 não sabe/não respondeu

V1107_1 no. da linha no quadro de uniões 447
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108A_1 mês em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 448
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108B_1 ano em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 449
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1109_1 Que idade tinha quando casou/começou a viver com ele(a) 450
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110A_1 Em que mês você se separou de seu marido/companheiro(a)? 451
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110B_1 Em que ano você se separou de seu marido/companheiro(a)? 452
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1111_1 Que idade tinha quando se separou dele(a)? 453

Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1107_2 no. da linha no quadro de uniões 454
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108A_2 mês em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 455
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108B_2 ano em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 456
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1109_2 Que idade tinha quando casou/começou a viver com ele(a) 457
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110A_2 Em que mês você se separou de seu marido/companheiro(a)? 458
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110B_2 Em que ano você se separou de seu marido/companheiro(a)? 459
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1111_2 Que idade tinha quando se separou dele(a)? 460
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1107_3 no. da linha no quadro de uniões 461
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108A_3 mês em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 462
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108B_3 ano em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 463
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1109_3 Que idade tinha quando casou/começou a viver com ele(a) 464
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110A_3 Em que mês você se separou de seu marido/companheiro(a)? 465
Measurement level: Ordinal

Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110B_3 Em que ano você se separou de seu marido/companheiro(a)? 466
Measurement level: Scale
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1111_3 Que idade tinha quando se separou dele(a)? 467
Measurement level: Scale
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1107_4 no. da linha no quadro de uniões 468
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108A_4 mês em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 469
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1108B_4 ano em que se casou ou começou a viver c/ companheiro 470
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1109_4 Que idade tinha quando casou/começou a viver com ele(a) 471
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110A_4 Em que mês você se separou de seu marido/companheiro(a)? 472
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1110B_4 Em que ano você se separou de seu marido/companheiro(a)? 473
Measurement level: Ordinal
Format: F9 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1111_4 Que idade tinha quando se separou dele(a)? 474
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1112 CONFIRA 306 com 1108 475
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 1ºFilho nasceu antes da1ªunião
2 1ºFilho nasceu depois da1ªunião
3 Nunca teve filho/mãe solteira

V1113 Você se casou/uniu com o pai de sua/seu primeira(o) filha(o) 476

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1114 Quantos anos tinha na 1ªmenstruação 477
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1115A Em que mês teve sua primeira relação sexual? 478
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1115B Em que ano teve sua primeira relação sexual? 479
Measurement level: Scale
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1116 idade na 1ª relação sexual 480
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1117 Você diria que sua primeira relação sexual foi voluntária ou 481
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1118 Numa escala de 1 a 10, considerando que 1 significa que você 482
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1119 Você tinha ingerido álcool ou outra droga nesta primeira vez 483
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

99 NL/NR

V1120 Você diria que naquele momento você estava...? 484
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 bêbada/sob o efeito de droga
2 um pouco bêbada/levemente alterada
3 sóbria
99 NL/NR

V1121 Que idade tinha, na época, a pessoa com quem você teve esta 485
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

999 NL/NR

V1122 Qual era a sua relação, na época, com essa pessoa com quem teve a primeira relação sexual? 486
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right
Value Label

1 marido/companheiro(a)
2 noivo
3 namorado
4 amante
5 amigo
6 recém-conhecido
7 parente
8 patrão/empregado
9 cliente
10 estranho
11 estupro
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1123 Qual foi a razão mais importante que a motivou para ter sua primeira relação sexual? 487
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 casamento

2	não foi por vontade própria, fui forçada
3	por que ele(a) quis
4	por prazer/pela experiência
5	amor
6	achei que ia morar com ele(a)
7	achei que ia prendê-lo(a)
8	queria ter um filho
9	queria sair da casa de meus pais
10	achei que ele(a) iria gostar mais de mim
11	curiosidade
12	falta de juízo/responsabilidade
13	desejo
14	ilusão
15	sedução
16	nenhuma razão/ sem pensar
17	medo de perdê-lo
18	tempo de namoro
19	confiança
90	Outro
99	NL/NR

V1124 Nessa primeira relação, vocês usaram algum método anticoncepcional? 488

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1125 Qual método vocês usaram? 489

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	pílula
2	DIU
3	injeções
4	implantes / implanon
5	diafragma
6	espermicida/tabletes
7	camisinha masculina
8	camisinha feminina
9	tabela/abstinência periódica
10	coito interrompido
11	anticoncepção de emergência
90	Outro

99 não sabe/não respondeu

V1126 Você acha que estava na idade certa para transar pela primeira vez? 490
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 foi a idade certa
2 era muito jovem
3 já tinha passado da idade
99 não sabe/não respondeu

V1127 Atualmente, sua vida sexual inclui apenas homem, apenas mulher ou ambos? 491
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não tem vida sexual ativa atualmente
1 apenas homem
2 apenas mulher
3 ambos
99 NR

V1128 Há quantos DIAS teve sua última relação sexual? 492
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99999 não sabe/não respondeu

V1129 Em média, quantas vezes tem relações sexuais por mês? 493
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1130 Na última semana, você teve quantas relações sexuais? 494
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1131 Você acha que a freqüência com que você tem relações sexuais 495
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	mais freqüente do que eu gostaria
2	estou satisfeita
3	menos freqüente do que eu gostaria
99	não sabe/não respondeu

V1132 Por que é menos freqüente do que você gostaria? 496
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	não tem parceiro/não tem parceiro regular
2	falta de oportunidade
3	eu ando cansada
4	ele anda cansado
5	eu estou estressada
6	ele está estressado
7	ele não quer
8	eu não quero com ele
9	não moramos juntos
10	marido enfermo
11	ambos cansados/ estressados
12	medo de engravidar
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V1132A OUTRO motivo para ser menos freqüente 497
Measurement level: Nominal
Format: A61 Column Width: Unknown Alignment: Left

V1133 Com quantos homens diferentes você teve relações sexuais com penetração nos últimos 12 meses? 505
Measurement level: Ordinal

Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	Ninguém
1	pessoa
2	pessoas
3	pessoas

4 ou mais
99 não sabe/não respondeu

V1135_1 Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve essa relação sexual? 506

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 companheiro(a)/marido
2 ex-marido
3 namorado
4 noivo
5 amante
6 amigo
7 recém-conhecido
8 parente
9 patrão/empregado
10 garoto(a) de programa
11 cliente
12 estranho
90 outro
99 não sabe/não respondeu

V1136_1 Nessa relação sexual, usaram a camisinha masculina ou feminina? 507

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1137_1 Por que não? 508

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 casa/unida, união estável
2 não conhece
3 parceiro fixo/ não precisa
4 não tinha
5 é cara
6 parceiro não gosta
7 não gosta

8 usa outro método
9 ambos não gostam
10 histerec./vazectom./esterilizada
11 grávida/quer engravidar
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1135_2 Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve essa relação sexual ? 509
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 companheiro(a)/marido
2 ex-marido
3 namorado
4 noivo
5 amante
6 amigo
7 recém-conhecido
8 parente
9 patrão/empregado
10 garoto(a) de programa
11 cliente
12 estranho
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1136_2 Nessa relação sexual, usaram a camisinha masculina ou feminina? 510
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1137_2 Por que não? 511
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 casa/unida, união estável
2 não conhece
3 parceiro fixo/ não precisa
4 não tinha

5	é cara
6	parceiro não gosta
7	não gosta
8	usa outro método
9	ambos não gostam
10	histerec./vazectom./esterilizada
11	grávida/quer engravidar
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V1135_3 Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve essa relação sexual? 512

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	companheiro(a)/marido
2	ex-marido
3	namorado
4	noivo
5	amante
6	amigo
7	recém-conhecido
8	parente
9	patrão/empregado
10	garoto(a) de programa
11	cliente
12	estranho
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V1136_3 Nessa relação sexual, usaram a camisinha masculina ou feminina? 513

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1137_3 Por que não? 514

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	casa/unida, união estável

2 não conhece
3 parceiro fixo/ não precisa
4 não tinha
5 é cara
6 parceiro não gosta
7 não gosta
8 usa outro método
9 ambos não gostam
10 histerec./vazectom./esterilizada
11 grávida/quer engravidar
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1138 Caso você não queira/quisesse ter relação sexual com seu(sua) parceiro(a) mais recente, você acha que poderia evitá-la? 515
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 com certeza
2 com alguma certeza
3 tentaria, mas não conseguiria evitar
4 não tentaria evitar
99 não sabe/não respondeu

V1139 Imagine que você precise/precisasse interromper uma transa com seu parceiro mais recente, depois das primeiras carícias, para usar algum contraceptivo - você acha que conseguiria? 516
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 HSM
1 com certeza
2 com alguma certeza
3 tentaria, mas não conseguiria
4 não tentaria
99 não sabe/não respondeu

V1140 Imagine que seu parceiro mais recente não quisesse usar camisinha e você quisesse. Com que certeza você acha que pode/poderia evitar a relação sexual por esse motivo? 517
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0	HSM
1	com toda certeza
2	com alguma certeza
3	não tentaria evitar
99	não sabe/não respondeu

V1141 Você sabe onde pode/poderia conseguir ou adquirir a camisinha? 518
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1142A conseguir na farmácia 519
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1142B conseguir em hospital/maternidade pública SUS 520
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1142C conseguir hospital privado conveniado do SUS 521
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1142D conseguir no centro/posto de saúde 522
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142E Conseguir em ambulatório 523
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142F conseguir em ambulatório/consultório via convênio 524
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142G conseguir em hospital/clínica particular 525
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142H conseguir em pronto-socorro ou emergência 526
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142I conseguir em agente comunitário 527
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142J conseguir com amigo/familiar 528

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142K conseguir em supermercado / comércio 529
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142L conseguir com outros 530
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1142M Gapa / ONGs 531
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1143 Vou dizer uma frase e você vai me dizer se concorda totalmente 532
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 concordo totalmente
2 concordo
3 não concordo nem discordo
4 discordo
5 discordo totalmente
99 não sabe/não respondeu

12) DST/AIDS, NOÇÕES E PRÁTICA DE SEXO SEGURO

V1200 Já ouviu falar de doenças transmitidas através das relações 533
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1201A Não conhece nenhuma DST 534
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1201B Conhece ou já ouviu falar de gonorréia/blenorréia/gota matinal 535
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1201C Conhece ou já ouviu falar de sífilis/cancro duro 536
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1201D Conhece ou já ouviu falar de cancro mole/cavalo 537
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1201E Conhece ou já ouviu falar de linfogranuloma/mula 538
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não

1 sim

V1201F Conhece ou já ouviu falar de condiloma/verrugas genitais 539
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201G Conhece ou já ouviu falar de herpes 540
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201H Conhece ou já ouviu falar de tricomoníase 541
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201I Conhece ou já ouviu falar de candidíase/flores brancas 542
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201J Conhece ou já ouviu falar de clamídia 543
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201K Conhece ou já ouviu falar de aids 544
Measurement level: Ordinal

Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201L Conhece ou já ouviu falar de outras 545
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201M HPV 546
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201N Hepatite 547
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201O Chato / Piolho 548
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1201P Câncer 549
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1202 CONFERIR 1115 550
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 Já teve relações sexuais
2 nunca teve relações sexuais

V1203A não teve nenhuma DST nos últimos 12 meses 551
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203B teve gonorréia/blenorragia/gota matinal nos últimos 12 meses 552
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203C teve sífilis/cancro duro nos últimos 12 meses 553
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203D teve cancro mole/cavalo nos últimos 12 meses 554
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203E teve linfogranuloma/mula nos últimos 12 meses 555

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203F teve condiloma/verrugas genitais nos últimos 12 meses 556
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203G teve herpes nos últimos 12 meses 557
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203H teve tricomoníase nos últimos 12 meses 558
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203I teve candidíase/flores brancas nos últimos 12 meses 559
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203J teve clamídia nos últimos 12 meses 560
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1203K teve AIDS 561
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1204A nos últimos 12 meses teve corrimento vaginal/coceira 562
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1204B nos últimos 12 meses teve dor/ardência ao urinar 563
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1204C nos últimos 12 meses teve ferida/úlcera na vagina ou vulva 564
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1204D nos últimos 12 meses teve verrugas na vulva/ânus 565
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1205 CONFERIR 1203 e/ou 1204 566
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	Teve doença ou sintoma
2	Não teve doença ou sintoma

V1206 Na última vez que teve [nome da dst ou sintoma], procurou tratamento? 567
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1207 onde você foi procurar tratamento 568
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	farmácia
2	hospital público SUS '
3	hospital privado conveniado do SUS
4	centro/posto de saúde
5	hospital/clínica/consultório via plano de saúde
6	hospital/clínica/consultório via convênio
7	hospital/clínica/consultório particular
8	pronto-socorro ou emergência
9	agente comunitário
10	amigo/familiar
90	Outro
99	não sabe/não respondeu

V1208 você fez/está fazendo o tratamento 569
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1209 como pagou/vai pagar pelo tratamento 570

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 particular
2 plano de saúde
3 plano de saúde + dinheiro
4 SUS
5 SUS + dinheiro
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1210 CONFERIR 1201 571
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 Não mencionou AIDS
2 Mencionou AIDS

V1211 já ouviu falar sobre AIDS 572
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1212A pode se pegar aids beijando no rosto 573
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212B pode se pegar aids beijando na boca 574
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212C pode se pegar aids com aperto de mão 575
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212D pode se pegar aids nas relações sexuais com penetração 576
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212E pode se pegar aids fazendo sexo oral 577
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1212F pode se pegar aids em transfusão de sangue 578
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212G pode se pegar aids doando sangue 579
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212H pode se pegar aids usando agulhas/seringas não descartáveis 580
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212I pode se pegar aids com mordida de mosquito 581
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212J pode se pegar aids em acento de vaso sanitário 582
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212K pode se pegar aids na gravidez da mãe para o feto 583
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212L pode se pegar aids pela amamentação da mão para o bebê 584
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212M pode se pegar aids através de utensílios domésticos 585
Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212N pode se pegar aids na praia/piscina 586
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1212O pode se pegar aids - outros 587
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1212P alicate de manicure 588
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1212Q contato com sangue 589
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1213 você sabe o que uma pessoa pode fazer para se proteger da aids? 590
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

V1214A uma pessoa pode abster-se de ter relações sexuais para evitar contrair aids 591
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214B uma pessoa pode usar camisinha para evitar contrair aids 592
Measurement level: Ordinal

Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214C uma pessoa pode ter um só parceiro para evitar contrair aids 593
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214D uma pessoa pode diminuir o número de parceiros para evitar contrair aids 594
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214E uma pessoa pode não ter relações com bi/homossexuais para evitar contrair a aids 595
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214F uma pessoa pode tomar cuidado se precisar de transfusão de sangue 596
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

V1214G uma pessoa pode não doar sangue para evitar contrair aids 597
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214H uma pessoa pode só usar agulhas/seringas descartáveis para evitar contrair aids 598

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214I uma pessoa pode evitar beijar na boca para evitar contrair aids 599

Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214J uma pessoa pode não conviver com pessoa infectada para evitar contrair aids 600

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214K uma pessoa pode não usar banheiros públicos para evitar contrair aids 601

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214L uma pessoa pode ir ao médico para evitar contrair aids 602

Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1214M uma pessoa pode - outro - para evitar contrair aids 603

Measurement level: Ordinal
Format: F8 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1214N o que uma pessoa pode fazer para evitar contrair aids - ns/nr 604
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1214O Evitar contato com Sangue/Manicure/Dentista 605
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1214P Evitar prostitutas 606
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1214Q Evitar Sexo Oral / anal 607
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1214R Escolher bem os parceiros 608
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1215 a aids já tem cura 609
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 NS

V1216 a aids pode ser controlada 610
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 NS

V1217 você sabe se o SUS/governo paga o tratamento de aids 611
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não, não paga
1 sim, paga
99 NS

V1218 você sabe onde pode procurar tratamento para aids 612
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 NS

V1219 onde você pode procurar tratamento para aids 613
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 farmácia
2 hospital público SUS
3 hospital privado conveniado do SUS
4 centro/posto de saúde
5 hospital/clínica/consultório via plano de saúde
6 hospital/clínica/consultório via convênio
7 hospital/clínica/consultório particular
8 pronto-socorro ou emergência
9 agente comunitário
10 amigo/familiar
11 GAPA / ONGs
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1220 seu risco de contrair aids é grande, moderado, pequeno ou nenhum 614
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 não corre risco
2 pequeno
3 moderado
4 grande
99 não sabe/não respondeu

V1221 seu conhecimento sobre aids influenciou/modificou sua vida/comportamento sexual? 615
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1222A Comportamento modificado de que maneira - deixou de ter relações sexuais 616
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222B Comportamento modificado de que maneira - começou

a usar camisinha - masculina ou feminina 617
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222C Comportamento modificado de que maneira - passou a usar camisinha em todas as relações sexuais 618
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222D Comportamento modificado de que maneira - se limita a ter relações sexuais só com um parceiro 619
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222E Comportamento modificado de que maneira - reduziu o número de parceiros 620
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222F Comportamento modificado de que maneira - parou de ter relações com bissexuais/homosexuais 621
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

V1222G Comportamento modificado de que maneira - outro 622
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim

V1222G2 Qual modificação de comportamento? 623
Measurement level: Nominal
Format: A61 Column Width: Unknown Alignment: Left

V1223 você já fez exame do HIV? Tem mais ou menos de um ano 631
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	nunca fez
1	sim, há menos de1 ano
2	sim, há mais de1 ano
99	não sabe/não respondeu

V1224 a aids pode ser transmitida de mãe para o bebê na gravidez 632
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
0	não
1	sim
99	não sabe/não respondeu

13) PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE

V1300 CONFERIR 911 e/ou 912 633
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value	Label
1	não é esterilizada / histerectomizada / menopausa
2	é esterilizada / histerectomizada / menopausa

V1301 Quer ter um/outro filho 634
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1302 quantos MESES quer esperar p/ ter um/outro filho 635
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

991 não quer esperar
992 não pode ficar grávida
993 esperar se casar
994 outro
995 estabilidade financeira
999 NS

V1303 CONFERIR 305 636
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 tem filhos vivos
2 não tem filhos vivos

V1304 se pudesse voltar atrás, quantos filhos teria 637
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1305 se pudesse escolher, quantos filhos teria 638
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1306 CONFERIR 911 639
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 não está usando método
2 está usando método
3 esterilizada

V1307 Pensa em usar método nos próximos 12 meses 640
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 NS

V1308 Pensa em usar método no futuro 641
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1309 Qual método prefere utilizar no futuro 642
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 pílula
2 DIU
3 implantes (implanon)
4 diafragma
5 espermicida/tabletes
6 camisinha masculina
7 camisinha feminina
8 esterilização masculina
9 esterilização feminina
10 tabela/abstinência periódica
11 coito interrompido
12 anticoncepção de emergência
90 Outro
99 não sabe/não respondeu

V1310 conferir 1102 e/ou 1105 643
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 tem parceiro sexual regular
2 não tem parceiro sexual regular

V1311 conversa c/ parceiro p/ resolver qual método usar 644
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
99 não sabe/não respondeu

V1312 uso do último método - decidido pela respondente/parceiro/am 645
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 só pela entrevistada
2 só pelo marido/companheiro
3 por ambos
99 não sabe/não respondeu

14) CARACTERÍSTICAS DO MARIDO/COMPANHEIRO

V1400 CONFERIR 1310 646
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 tem parceiro regular
2 não tem parceiro regular

V1401 idade (anos completos) do marido/companheiro(a)/parceiro(a) 647
Measurement level: Scale
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1402A SÉRIE que marido/companheiro/parceiro completou c/ aprovação 648
Measurement level: Ordinal

Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1402B GRAU que marido/companheiro/parceiro completou c/ aprovação 649
Measurement level: Ordinal
Format: F7 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

99 não sabe/não respondeu

V1403 marido/companheiro(a)/parceiro(a) empregado ou trabalhando atualmente 650
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim
2 inativo/aposentado
3 inválido(a)/incapacitado(a)
99 não sabe/não respondeu

V1404 trabalho/ocupação/atividade do marido/companheiro(a)/parceiro(a) 651
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

1 anotar
2 aposentado
99 não sabe/não respondeu

V1404B especificação do trabalho/ocupação/atividade 652
Measurement level: Nominal
Format: A71 Column Width: Unknown Alignment: Left

V1405 marido/companheiro(a)/parceiro(a) tem carteira assinada 661
Measurement level: Ordinal
Format: F6 Column Width: Unknown Alignment: Right

Value Label

0 não
1 sim

2	funcionário público			
3	autônomo			
99		não	sabe/não	respondeu

ANEXO VI: TRABALHOS MONOGRÁFICOS FINAIS DOS BOLSISTAS

Bolsista Andréa Branco Simão

CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DE JOVENS BRANCAS E NEGRAS DE 15 A 29 ANOS EM BELO HORIZONTE E RECIFE

A trajetória histórica da fecundidade brasileira caracterizou-se, até a década de 1960, pela manutenção de um número elevado de filhos por mulher em praticamente todas as regiões. O início dos anos de 1970 pode ser considerado como um ponto de ruptura nos níveis de fecundidade até então dominantes no país, quando as taxas de fecundidade iniciaram um processo drástico de redução. De 1960 para 1980, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) passou de 6,3 para 4,4 filhos por mulher (SIMÕES e OLIVEIRA, 1988). Este processo de arrefecimento no número de filhos tidos teve início nos grandes centros urbanos atingindo, primeiramente, as mulheres de status socioeconômico mais elevado e difundindo-se, posteriormente, para todas as regiões e classes sociais (CARVALHO, 1988; FARIA, 1989; ARAÚJO E CAMARANO, 1996).

Estudos demográficos que investigam o comportamento da fecundidade brasileira ao longo do tempo indicam que as taxas de fecundidade de mulheres de diferentes grupos etários do período reprodutivo seguiram caminhos bastante distintos. Enquanto as mulheres com idades acima de 30 anos apresentaram reduções acentuadas no número de filhos tidos, a participação das mulheres mais jovens na taxa fecundidade total aumentou significativamente nas últimas décadas.

Em uma análise sobre a situação da fecundidade no Brasil, SIMÕES e OLIVEIRA (1988) mostram que, em 1970, a maior concentração da fecundidade era observada no grupo etário entre 25 e 29 anos, a qual era considerada como uma fecundidade tardia. Em 1980, embora a fecundidade ainda permanecesse concentrada neste grupo etário, registrou-se uma importância crescente da fecundidade entre as jovens do grupo de 20 a 24 anos. Em 1984, aproximadamente, observou-se o deslocamento da concentração da fecundidade para o grupo de 20 a 24 anos, fenômeno característico de uma fecundidade jovem. Assim, com o deslocamento da fecundidade para as idades mais jovens, inclusive com o significante crescimento da fecundidade entre as aquelas de 15 a 19 anos, a queda no número de filhos nos grupos de mulheres nas faixas etárias acima de 30 anos teve papel fundamental no declínio da fecundidade no país.

MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO REPRODUTIVO

A literatura dedicada a investigar os determinantes da fecundidade no Brasil procura demonstrar que tanto fatores econômicos quanto sociais e culturais exercem efeitos importantes sobre o comportamento reprodutivo da mulher brasileira. Muitas pesquisas sugerem que as jovens estão experimentando eventos críticos e definidores do ciclo de vida, tais como a primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho, cada vez mais cedo. Esses eventos, uma vez considerados inseparáveis, podem ocorrer, nos dias de hoje, em momentos bastante distintos. A puberdade vem acontecendo em idades cada vez mais jovens e as mulheres estão se tornando sexualmente ativas cada vez mais cedo, geralmente, antes do casamento. Conseqüentemente, a distância entre o início da puberdade e a época do primeiro casamento vem ficando cada vez maior, ampliando o tempo de exposição ao risco de gravidez antes do estabelecimento do casamento ou união. Essas mudanças podem ter efeitos intensos sobre o cenário demográfico do país e também sobre a saúde sexual e reprodutiva das jovens.

Um dos grandes desafios para quem trabalha na área de políticas públicas de saúde, particularmente com programas de saúde reprodutiva, é saber em que momento e em que contexto da vida das jovens esses eventos vêm ocorrendo. Somente a partir desse conhecimento, a implementação de ações que atendam de forma mais adequada as necessidades das mulheres que iniciam sua vida sexual se torna possível. Identificar em que contexto e, em que momento de suas vidas, as mulheres estão experimentando seu primeiro intercurso, seu primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho é, portanto, uma questão importante para pesquisa e para definição e avaliação de políticas públicas.

O objetivo desse estudo é apresentar uma descrição sócio-demográfica e uma caracterização do comportamento reprodutivo de mulheres jovens[2], brancas e negras (pretas e pardas), residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife. As mulheres entre 15 e 29 anos constituem uma parcela significativa da população feminina desses municípios. Em Belo Horizonte, elas representam 43,0% da população em idade reprodutiva e, em Recife, 44,6%. O tamanho dessa população, aliado às diferenças por cor/raça e às mudanças no contexto social e no estilo de vida adotado por essas mulheres, coloca desafios enormes para pesquisadores e políticos preocupados com questões críticas relacionadas à saúde reprodutiva de mulheres, particularmente daquelas que vivem em municípios que, embora apresentem algumas características comuns, são marcados por diversidades econômicas, sociais e culturais tremendas.

O trabalho está dividido em quatro seções, além desta introdução. A primeira seção apresenta um breve panorama sobre alguns aspectos do comportamento reprodutivo no Brasil, enfatizando a idade da mulher ao primeiro intercurso, ao primeiro casamento e ao nascimento do primeiro filho. A segunda seção trata da base de dados e da metodologia empregada no desenvolvimento da análise. A terceira seção descreve os resultados encontrados e apresenta uma análise dos mesmos. Finalmente, a quarta seção oferece as considerações finais e as conclusões feitas durante o processo de investigação.

COMPORTAMENTO REPRODUTIVO NA JUVENTUDE

A crescente concentração da fecundidade na juventude, fenômeno observado atualmente no Brasil, está associada à fecundidade rápida. De uma forma geral, o que se observa no país é que o percentual de mulheres que se casam nas idades mais jovens é significativamente alto e que elas têm, logo em seguida ao casamento, um ou dois filhos e encerram por aí a sua vida reprodutiva, usualmente através da esterilização (CAMARANO, 1996).

Alguns pesquisadores chamam a atenção para a importância teórica e empírica do tempo e da seqüência dos eventos no curso de vida, alegando que eles influenciam e delimitam as trajetórias de vida futura dos indivíduos (RINDFUSS, PARNELL e HIRSCHMAN, 1983; MEEKERS, 1994). Neste sentido, os fatos que marcam o início da etapa reprodutiva são extremamente importantes na determinação da fecundidade e da saúde reprodutiva e apresentam conseqüências relevantes para a evolução da vida das pessoas.

Tradicionalmente, considera-se que o casamento marca o começo da atividade sexual e, portanto, a possibilidade de uma jovem ter filhos. No entanto, as mudanças observadas e registradas em todo mundo, inclusive no Brasil, em relação ao momento em que as jovens iniciam sua vida sexual, indicam que o casamento já não é mais uma prerrogativa para que a mulher tenha a sua primeira relação sexual. Os dados oferecidos por pesquisas demográficas realizadas no país mostram que, na década de 1990, 51,0% das jovens entre 15 e 24 anos já haviam tido algum tipo de experiência sexual e que 41,9% das mulheres em idade reprodutiva haviam tido tal experiência antes do casamento (PNDS, 1996). A área de residência e os anos de escolaridade desempenharam um papel importante na conformação deste perfil. As jovens urbanas e com menor grau de escolaridade foram as que mais entraram em relações sexuais antes do casamento. LONGO (2001) ressalta que a prática sexual entre jovens no Brasil tem uma relação direta com a idade. Quanto

[2] A menos que especificado de outra forma, nesse artigo define-se como mulheres jovens aquelas entre 15 e 29 anos de

maior a idade, maior a inserção em atividade sexual e, conseqüentemente, maior a exposição ao risco de gravidez.

Como já mencionado, o casamento é o contexto tradicional para o início da vida sexual e criação de filhos. Assim como o primeiro intercurso, o primeiro casamento também é considerado um evento importante na vida dos indivíduos e que marca a transição para a fase adulta da vida. Nos países em desenvolvimento, as mulheres geralmente se casam ou começam uma união em idades bastante jovens se comparadas com mulheres de países desenvolvidos, particularmente aquelas mais pobres e com um nível de escolaridade mais baixo. Entretanto, quando a mulher conquista um grau mais elevado de educação, suas chances de se casar mais tardiamente se elevam consideravelmente (HOPES AND REALITIES, 1995).

No Brasil, algumas pesquisas têm apontado para a separação entre atividade sexual e casamento. Segundo estas pesquisas, tal fato parece estar facilitando o postergamento da formalização das uniões e revelando a importância do conhecimento e uso de métodos contraceptivos entre jovens (BEMFAM, 1992; PNDS, 1996). Mesmo diante desse quadro, muitas mulheres brasileiras ainda se casam em idades bastante jovens. BERQUÓ (1998), por exemplo, constatou que 15,6% das mulheres entre 15 e 19 anos e 46,5% daquelas entre 20 e 24 anos se declararam casadas e que diferenças marcantes entre as diversas regiões do país não foram registradas.

O nível de escolaridade, a área de residência e a raça da mulher são alguns dos fatores apontados na literatura como variáveis que influenciam a idade na qual o primeiro casamento acontece. De modo geral, as mulheres de maior escolaridade e as pretas tendem a adiar mais o casamento do que aquelas com menor nível de instrução e do que as brancas e pardas (BERQUÓ, 1991).

A possibilidade de separação do início da vida sexual e do casamento influenciam, de forma decisiva, a história do comportamento reprodutivo e da fecundidade no país. A possibilidade de ralações sexuais anteriores ao casamento vem prolongando o período de exposição ao risco de gravidez (PNDS, 1996; CAMARANO, 1998). A PNDS (1996) deixa bastante claro que a idade na qual se inicia a vida reprodutiva tem, além de uma série de conseqüências demográficas, reflexos sobre a saúde da mãe e da criança. Os resultados dessa pesquisa indicam que, no Brasil, entre as mulheres de 40 a 44 anos, a idade mediana ao primeiro filho foi de 22,3 anos. Já para as mulheres da coorte entre 45 e 49 anos a idade foi um pouco maior, chegando a 23 anos. Para as mulheres

---

idade.

com menos de 25 anos as idades medianas não foram calculadas porque aproximadamente metade dessas mulheres ainda não havia tido filhos. A pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade dos jovens, realizada no Rio de Janeiro, em Curitiba e no Recife mostra que, nestas cidades, a idade média das mulheres quando tiveram o primeiro filho nascido vivo foi de 18 anos no Rio de Janeiro, de 18,3 anos em Recife e de 18,8 anos em Curitiba (BEMFAM, 1992).

O momento em que a mulher tem seu primeiro filho é repleto de conseqüências importantes não só para a mulher, mas como também para as famílias e para a sociedade. Na maioria dos países, e o Brasil não é uma exceção, as mulheres têm seu primeiro filho entre um e dois anos depois de terem se casado ou entrado em uma união formal (NACIONES UNIDAS, 1997). No entanto, o casamento não é o único contexto no qual ocorrem os nascimentos. Os nascimentos fora do casamento estão ficando mais freqüentes em diversos países da América Latina. No Brasil, uma certa parcela das jovens que dão a luz é composta por mulheres solteiras, muitas das quais se casam antes de ter o filho. No caso das adolescentes, a probabilidade de que um filho seja concebido ou nasça antes do casamento é bastante elevada. HENRIQUES et al (1989) apontam que entre as mulheres de 20 a 24 anos, aproximadamente 40,0% dos primeiros nascimentos, os quais aconteceram quanto essas mulheres tinham entre 15 e 19 anos, ocorreram enquanto elas eram ainda solteiras.

Em muitos países em desenvolvimento, a idade com que as mulheres têm primeiro filho primeiro filho gira em torno dos 19 aos 22 anos. Os maiores diferenciais se dão por escolarização. Segundo a PNDS (1996), no Brasil, a diferença entre as idades da primeira maternidade das mulheres sem nenhuma escolaridade e aquelas com 9 a 11 anos de estudo foi de 4,9 anos.

DADOS E METODOLOGIA

Esse estudo utiliza os dados da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR), realizada nos municípios de Belo Horizonte e Recife, em 2002, pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), com apoio da Fundação Ford. Esta pesquisa entrevistou uma amostra representativa de 1.401.520 mulheres entre 15 e 59 anos de idade, sendo 605.642 de mulheres entre 15 e 29 anos. Em Belo Horizonte essa amostra representa 371.545 mulheres entre 15 e 29 anos e, em Recife, 234.097 mulheres nessa faixa etária.

As informações coletadas nessa pesquisa estão distribuídas em quatorze sessões do questionário, que vão desde a caracterização do domicílio, caracterização da entrevistada, utilização de plano de saúde, reprodução, história de gravidezes e de nascimentos, pré-natal e pós-parto, anticoncepção, atendimento/acompanhamento médico, casamento e atividade sexual,

planejamento da fecundidade e caracterização do marido/companheiro.

A SRSR utilizou um conjunto de questões para verificar em que idade as jovens tiveram sua primeira relação sexual, seu primeiro casamento e seu primeiro filho. Quanto à idade da primeira relação sexual, inicialmente, perguntou-se à mulher em que mês e ano ela teve sua primeira relação sexual. Em seguida, questionou-se quantos anos ela tinha quando teve essa primeira relação. A informação sobre a idade ao primeiro casamento foi obtida perguntando-se, inicialmente à mulher, em que mês e ano ela casou ou começou a viver com seu primeiro marido ou companheiro. Em seguida, perguntou-se a idade que ela tinha quando casou ou começou a viver com o primeiro marido ou companheiro. O dado sobre a idade da mulher ao nascimento do primeiro filho foi obtido por meio da combinação de duas perguntas do questionário: mês e ano de nascimento do primeiro filho e mês e ano de nascimento da mãe.

Para a coleta de informações sócio-demográficas, a SRSR utilizou uma série de questões muito similares a outras pesquisas de abrangência nacional e internacional. Com relação à idade, solicitou-se à mulher que dissesse em que dia, mês e ano havia nascido e, em seguida, quantos anos completos ela possuía. Informações sobre escolaridade foram captadas a partir de um conjunto padrão de questões. Para essa análise utilizam-se as respostas dadas a duas perguntas: qual a última série que concluiu com aprovação e qual o grau dessa série. Quanto ao estado civil atual, o questionário perguntou qual o estado civil atual da mulher. Para esse estudo, a informação sobre a cor/raça da entrevistada foi obtida a partir da resposta dada pela entrevistada para a pergunta sobre qual sua cor/raça segundo cinco categorias (branca, preta, parda, amarela/oriental, indígena).

Para caracterização do grupo de mulheres de interesse, esse estudo lança mão de técnicas de análise descritiva, baseada em freqüências e tabulações cruzadas de variáveis, as quais foram selecionadas para atender os objetivos propostos. Das variáveis disponíveis no questionário, optou-se por incluir aquelas sugeridas na literatura como estando, possivelmente, relacionadas à idade da mulher ao primeiro intercurso, ao primeiro casamento e ao nascimento do primeiro filho. Dentre tais variáveis estão o município de residência, sua faixa etária, sua cor, sua escolaridade e seu estado civil.

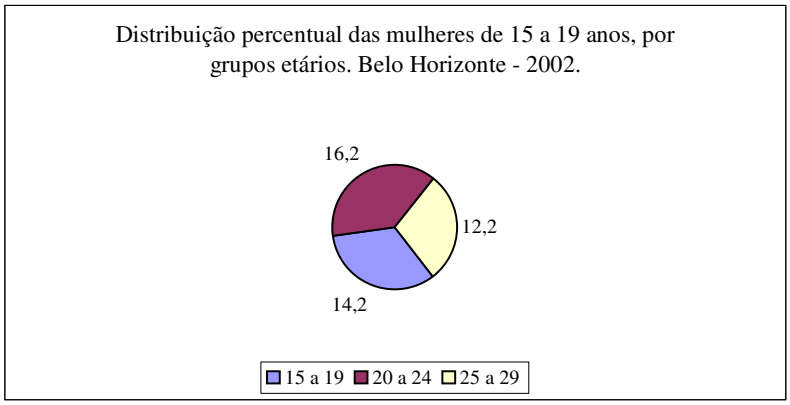
RESULTADOS

Inicialmente, este estudo apresenta uma descrição sócio-demográfica das mulheres entre 15 e 29 anos de idade, residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Essa descrição é feita com base na análise das diferenças e semelhanças observadas quanto à distribuição etária, cor/raça, nível de escolaridade e estado civil dessas mulheres.

a) Caracterização Sócio-Demográfica

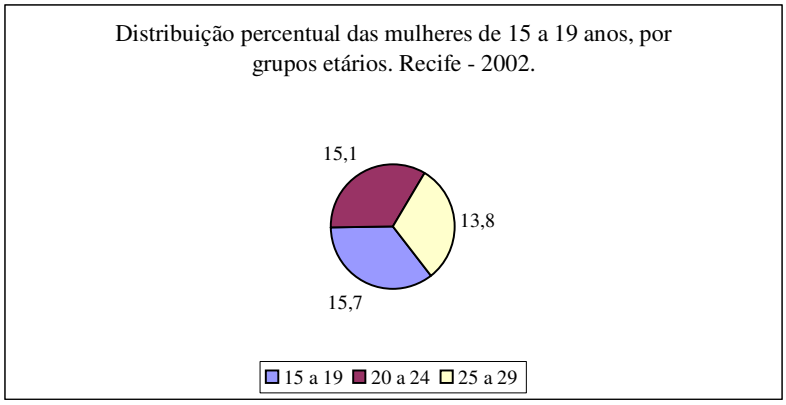
Das entrevistas realizadas em Belo Horizonte e Recife, 43,5% foram com mulheres entre 15 e 29 anos de idade. Em Belo Horizonte, 43,0% das mulheres que participaram da pesquisa encontravam-se nas faixas etárias de interesse nesse estudo e, em Recife, 44,6%. A distribuição percentual dessas mulheres nas faixas etárias incluídas na análise foi bastante similar e pode ser visualizada nas figuras 1 e 2, a seguir.

Figura 1


Distribuição percentual das mulheres de 15 a 19 anos, por grupos etários. Belo Horizonte - 2002.
16,2
12,2
14,2
15 a 19
20 a 24
25 a 29

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Figura 2



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Em relação à variável cor, os dados mostram que, nos grupos etários investigados, em ambos os municípios, o percentual de mulheres que se declarou da cor/raça negra (pretas e pardas) é maior do que o que se declarou como pertencendo a cor/raça branca. O percentual de mulheres que se declarou como amarela/oriental e indígena, aqui denominadas como outras, foi expressivamente baixo e, por esta razão, as análises desenvolvidas nesse estudo contemplam

somente as categorias branca e negra. A tabela 1, a seguir, permite visualizar a distribuição percentual das mulheres de 15 a 29 anos, de acordo com a variável cor/raça.

Tabela 1

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 29 anos, por cor.
Belo Horizonte e Recife - 2002.

Belo Horizonte				
	Branca	Negra	Percentual	n
15 a 19	38,7	55,9	94,6	115.008
20 a 24	42,5	55,4	97,8	138.532
25 a 29	45,3	50,8	96,1	104.172
Recife				
	Branca	Negra	Percentual	n
15 a 19	35,5	56,9	92,4	74.364
20 a 24	34,8	58,3	93,0	74.166
25 a 29	39,9	57,8	97,7	71.318

Nota: Os percentuais não totalizam 100% devido a exclusão da categoria "outras".

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

A partir da tabela 1 é possível verificar que, à medida que a idade aumenta, o percentual de mulheres que se declara como branca também cresce. Em Belo Horizonte, daquelas que se declararam brancas, 38,7% tinham entre 15 e 19 anos e 45,3% tinham entre 25 e 29 anos. Em Recife, em contrapartida, pode-se observar uma pequena oscilação, mas ainda assim, o percentual de mulheres que se declarou como branca foi mais elevado entre as mais velhas. Das mulheres entre 15 e 19 anos, 35,5% se declarou como branca e, entre as de 25 e 29 anos, 39,9% informou ser da cor/raça branca.

Em relação à escolaridade, a análise dos anos de estudo das mulheres que pertencem a diferentes grupos etários revela que, em Belo Horizonte o percentual de mulheres entre 25 e 29 anos que possui 12 ou mais anos de estudo é superior ao percentual em Recife. Enquanto em Belo Horizonte 50,5% das mulheres chegaram ao ensino superior, em Recife somente 44,6% das mulheres nessa mesma faixa etária conquistou o mesmo feito. Além disso, é importante ressaltar que, em Recife, o percentual de mulheres de 15 a 29 anos que possui entre 1 e 4 anos de estudo é extremamente mais elevado do que em Belo Horizonte (11,4% contra 4,1%). Uma comparação entre o percentual de mulheres que possui entre 5 e 8 anos de estudo e o percentual das que possuem entre 9 e 11 anos, em ambos os municípios, deixa evidente a queda alarmante nos percentuais das que conseguem conquistar uma maior escolaridade. Por exemplo, em Belo Horizonte, enquanto 30,9% das mulheres entre 25 e 29 anos declararam ter entre 5 e 8 anos de estudo, somente 6,8% informou ter entre 9 e 11 anos de educação formal. Em Recife, a tendência foi a mesma. A tabela 2, a seguir, apresenta esses dados de forma mais detalhada.

Tabela 2

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 29 anos, por anos de estudo.
Belo Horizonte e Recife - 2002.

Belo Horizonte						
	1 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 ou mais	Percentual	n
15 a 19	4,1	38,0	24,8	33,2	100,0	121.478
20 a 24	6,6	26,1	10,6	56,7	100,0	138.765
25 a 29	11,8	30,9	6,8	50,5	100,0	108.067
Recife						
	1 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 ou mais	Percentual	n
15 a 19	11,4	39,6	20,6	28,5	100,0	80.189
20 a 24	5,7	26,4	12,6	55,3	100,0	79.518
25 a 29	19,4	28,5	7,5	44,6	100,0	72.845

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Quanto à distribuição percentual das mulheres, por estado civil, os dados revelam que, em Belo Horizonte, 49,9% das mulheres entre 25 e 29 anos de idade se declararam solteiras. Em Recife, nesse mesmo grupo etário, o percentual de solteiras declinou para 34,3%. Uma comparação entre os municípios também permite constatar que, nas três faixas etárias pesquisadas, o percentual de mulheres casadas/unidas é mais elevado em Recife do que em Belo Horizonte. Uma diferença expressiva pode ser verificada entre as jovens de 15 a 19 anos. Enquanto em Recife o percentual que se declarou como casada/unida, nessa faixa etária, foi de 12,1%, em Belo Horizonte somente 4,2% informou estar na mesma situação. Também vale a pena destacar as diferenças observadas nos percentuais de mulheres que se declararam como divorciadas ou separadas. Em Recife, em todos os grupos etários, esses percentuais foram bem mais elevados do que em Belo Horizonte. A tabela 3, a seguir, permite a verificação dessas informações.

Tabela 3

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 29 anos, por estado civil.
Belo Horizonte e Recife - 2002.

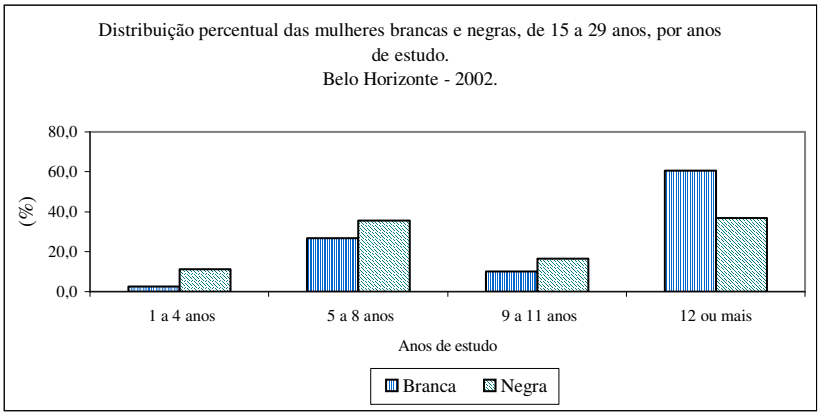
Belo Horizonte						
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva	Percentual	n
15 a 19	4,2	95,1	0,7		100,0	121.478
20 a 24	23,1	75,1	1,6	0,2	100,0	141.262
25 a 29	47,6	49,9	2,2	0,3	100,0	107.148
Recife						
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva	Percentual	n
15 a 19	12,1	83,5	3,9	0,5	100,0	80.284
20 a 24	27,2	61,3	11,6		100,0	80.222
25 a 29	52,8	34,3	12,5	0,4	100,0	72.881

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

A relação entre cor/raça declarada pela mulher e a escolaridade da mesma, indica que as mulheres brancas, em ambos os municípios, são as que apresentam um grau mais elevado de

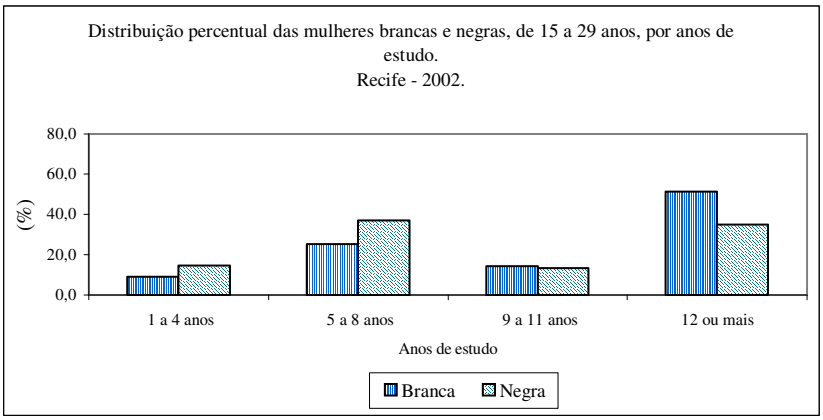
escolaridade. Em Belo Horizonte, 60,6% das mulheres brancas informaram ter 12 ou mais anos de escolaridade e, em Recife, 51,2% o fizeram. Em contrapartida, somente 36,8% das negras de Belo Horizonte e 35,1% das de Recife declararam ter atingido tal patamar educacional. Tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, o maior percentual de mulheres que possui entre 1 e 4 anos de estudo está entre aquelas que se declararam como sendo da cor/raça negra (11,1% em Belo Horizonte e 14,5% em Recife). As figuras 2 e 3, a seguir, ilustram a constatação de que as negras, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, possuem um déficit educacional maior do que as brancas.

Figura 3



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Figura 4



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Quando se estabelece uma relação entre cor/raça e estado civil, os dados indicam que, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, o percentual de mulheres brancas casadas é um pouco mais elevado do que o de negras. Em Belo Horizonte, 24,0% das brancas declarou estar casada ou unida e 23,6% das negras declararam o mesmo. Em Recife, o percentual de brancas que informou estar

casada ou unida chegou a 31,5% e o de negras a 30,1%. É interessante observar que, em comparação com Belo Horizonte, o percentual de mulheres negras divorciadas, em Recife, é bastante elevado (0,6% em Belo Horizonte contra 12,6% em Recife). A distribuição das mulheres da cor/raça branca e negra, segundo o estado civil é apresentada na tabela 4.

Tabela 4

Distribuição percentual das mulheres brancas e negras, de 15 a 29 anos, por estado civil. Belo Horizonte e Recife - 2002.

	Belo Horizonte					
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva	Percentual	n
Branca	24,0	74,1	2,0		100,0	155.074
Negra	23,6	75,4	0,6	0,3	100,0	202.640
	Recife					
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva	Percentual	n
Branca	31,5	63,4	5,1		100,0	86.465
Negra	30,1	56,7	12,6	0,5	100,0	133.385

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Os dados até aqui analisados revelaram que, em ambos municípios, o percentual de mulheres encontrado nas três faixas etárias de interesse nesse estudo é bastante similar. Em Belo Horizonte, o percentual mais elevado está entre aquelas que possuem entre 20 e 24 anos (16,2%). Já em Recife, o percentual mais elevado encontra-se entre as mulheres de 15 a 19 anos (15,7%).

Quanto à cor/raça, os dados indicaram que, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, a maior parte das mulheres se declarou como pertencendo a cor/raça negra. O percentual de mulheres nessa categoria, nas três faixas etária investigadas, ficou acima de 50,0%.

Em relação à escolaridade, a análise dos dados mostrou a existência de uma parcela significativa de mulheres com menos de 5 anos de estudo. Além disso, como muitas pesquisas de natureza nacional já tinham apontado, os resultados aqui encontrados confirmaram a existência de uma diferença regional marcante, entre os dois municípios, em termos educacionais. Recife possui, proporcionalmente, o triplo de mulheres entre 15 e 19 anos que têm entre 1 e 4 anos de estudo do que Belo Horizonte (11,36% contra 4,11%). Essa diferença também foi detectada entre as categorias de cor/raça em ambas as localidades.

Por fim, a análise do estado civil indicou que, em Recife, o percentual de mulheres entre 15 e 19 anos que se declarou casada/unida foi extremamente mais elevado do que em Belo Horizonte (12,1% contra 4,2%). Também foi expressiva a diferença, entre esses municípios, do percentual de mulheres nessa faixa de idade que se declarou como divorciada ou separada (0,6% em Belo Horizonte e 3,9% em Recife).

Após ter descrito características sócio-demográficas da população feminina, de 15 a 29 anos, de Belo Horizonte e Recife, esse estudo apresenta alguns aspectos do comportamento reprodutivo dessas mulheres.

b) Caracterização do comportamento reprodutivo

A caracterização do comportamento sexual e reprodutivo de mulheres brancas e negras, de 15 a 29 anos, residentes nos municípios de Belo Horizonte e Recife, é feita com base na análise da idade de ocorrência de três eventos considerados como marcos na vida de uma mulher: a primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho. Esses eventos são examinados considerando-se a cor/raça declarada pela mulher, seu grau de escolaridade e seu estado civil. Além disso, as comparações feitas levam em consideração o município de residência das mesmas.

Quando a idade da primeira relação sexual é analisada, os dados revelam que, entre as mulheres de 15 a 19 anos, a maioria declara ter tido sua primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade. Em Belo Horizonte este percentual é de 53,1% e, em Recife, de 55,0%. Em contrapartida, este percentual decresce, visivelmente, nos grupos etários subsequentes. Em Belo Horizonte, 21,5% das mulheres entre 20 e 24 anos e 14,0% daquelas entre 24 e 29 anos declaram ter tido sua primeira relação sexual antes dos 16 anos. Em Recife também ocorre uma redução no percentual de mulheres dos grupos etários mais avançados que tiveram sua primeira relação sexual com menos de 16 anos. No grupo de 20 a 24 anos, 32,1% das mulheres declaram ter tido a primeira relação antes do 16 anos, seguidas por 23,7% daquelas entre 25 e 29 anos. Estes resultados indicam que Belo Horizonte e Recife seguem a tendência observada para diversas regiões do país: nas últimas décadas, as jovens estão iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo. As informações podem ser visualizadas na tabela 6, a seguir.

Tabela 6

Percentual de mulheres de 15 a 29 anos que tiveram a primeira relação sexual dentro dos intervalos etários especificados.
Belo Horizonte e Recife - 2002

Belo Horizonte					
	menos de 16	16 a 20	21 ou mais	Percentual	n
15 a 19	53,1	46,9		100,0	53.746
20 a 24	21,5	69,1	8,7	99,3	108.477
25 a 29	60,7	25,3		86,0	104.735
Recife					
	menos de 16	16 a 20	21 ou mais	Percentual	n
15 a 19	55,0	36,6		91,6	28.492
20 a 24	32,1	60,3	6,0	98,4	56.675
25 a 29	23,7	56,1	18,9	98,7	63.205

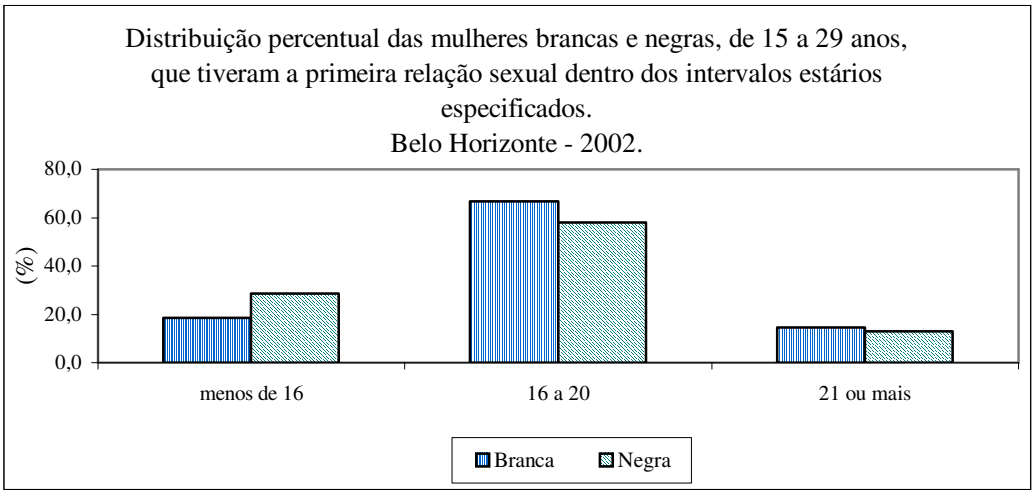
Nota: Os percentuais não totalizam 100% devido a exclusão da categoria "não teve relação".

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Apesar de revelarem a mesma tendência em termos de idade de início da vida sexual, a comparação entre a idade mediana da primeira relação das jovens de Belo Horizonte e das jovens de Recife permite afirmar que as recifenses estão iniciando sua vida sexual um ano mais cedo do que as belo horizontinas, pois, enquanto em Belo Horizonte esta idade é de 17 anos, em Recife ela é de 16 anos.

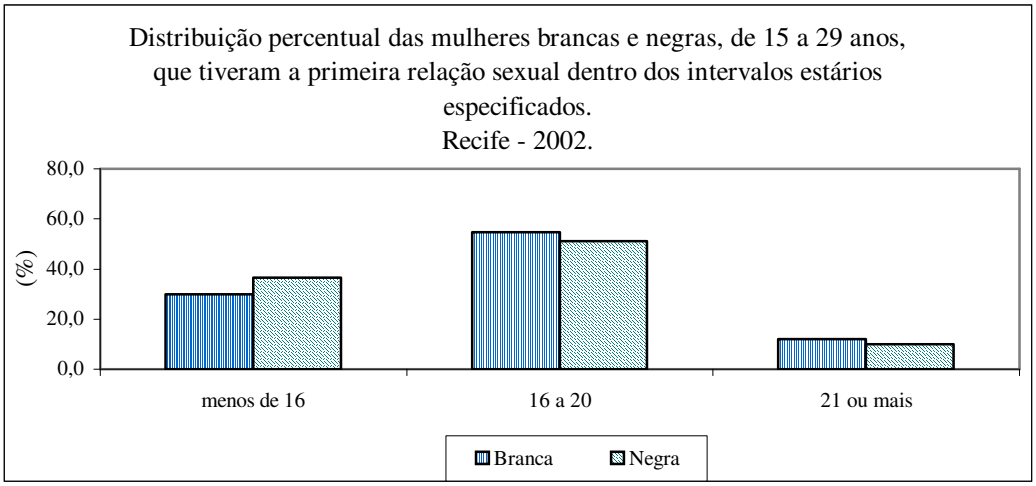
Em relação à raça/cor, os dados revelam que, em Belo Horizonte 18,6% das brancas tiveram sua primeira relação sexual antes dos 16 anos. Em Recife este percentual chegou a 30,0%. Entre as negras, o percentual que teve a primeira relação sexual antes dos 16 anos foi de 36,6% em Recife e de 28,5% em Belo Horizonte. Vale apontar que, nas duas categorias de cor, o percentual de mulheres que declarou ter tido a primeira relação sexual antes dos 16 anos é bastante superior ao percentual daquelas que informam ter tido após os 21 anos. As diferenças foram de 4,2 pontos percentuais a mais para as brancas em Belo Horizonte e 18,1 para as brancas em Recife. Para as negras, a diferença foi de 15,4 pontos em Belo Horizonte e de 26,7% em Recife. Assim, o que se pode afirmar é que as mulheres negras, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, entram em atividade sexual mais cedo do que as brancas, mas que, em ambas as categorias de cor/raça, as mulheres mais jovens vêm iniciando a vida sexual mais cedo. As figuras 4 e 5, a seguir, ilustram as diferenças observadas à idade à primeira relação sexual, segundo categoria cor/raça da mulher.

Figura 5



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Figura 6



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Após verificar como mulheres que se declararam de cores/raças diferentes se comportam em relação à idade da primeira relação sexual, cabe investigar como as mulheres que possuem distintos anos de escolaridade se comportam nesse sentido. Os dados revelam que, tanto em Belo Horizonte como em Recife, mais de 60,0% das mulheres que tiveram acesso a educação superior (12 ou mais anos de estudo) tiveram a primeira relação sexual entre 16 e 20 anos de idade (71,4% em Belo Horizonte e 67,3% em Recife). Em contrapartida, das que tinham somente entre 1 e 4 anos de estudo, 44,7% em Belo Horizonte e 41,9% em Recife informaram que tiveram sua primeira relação sexual com menos de 16 anos. É interessante comparar as diferenças entre os percentuais de mulheres de Belo Horizonte e de Recife, que declararam ter tido a primeira relação depois dos

21 anos. Enquanto em Belo Horizonte 20,6% das mulheres que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade informaram ter tido a primeira experiência sexual como mais de 21 anos, em Recife esse percentual foi de somente 2,0%. A tabela 7, a seguir, ilustra essa relação.

Tabela 7

Percentual de mulheres de 15 a 29 anos que tiveram a primeira relação sexual dentro dos intervalos etários especificados, por anos de estudo.
Belo Horizonte e Recife - 2002

Belo Horizonte				
	1 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 ou mais
menos de 16	44,7	34,3	32,4	12,5
16 a 20	47,5	56,0	46,9	71,4
21 ou mais	7,7	8,7	20,6	16,1
Percentual	99,9	99,0	99,9	100,0
n	22.657	81.997	34.284	125.227
Recife				
	1 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 ou mais
menos de 16	41,9	49,2	47,4	
16 a 20	44,8	44,4	45,1	67,3
21 ou mais	6,2	2,2	2,0	21,4
Percentual	92,9	95,8	94,5	88,7
n	22.152	49.716	14.665	60.824

Nota: Os percentuais não totalizam 100% devido a exclusão da categoria "não teve relação".

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Quanto à relação entre estado civil atual e época da primeira relação sexual, os dados apontam que, em Recife, das que se declararam atualmente divorciadas ou separadas, 37,9% teve a primeira relação com menos de 16 anos de idade e somente 25,1% informou estar casada. Os dados revelam, ainda, que o percentual de atualmente divorciadas e/ou separadas reduz drasticamente com o aumento da idade da primeira relação sexual. Em contraste com o que ocorre em Recife, em Belo Horizonte o percentual de mulheres que está, atualmente, divorciada e/ou separada e que teve a primeira relação sexual antes dos 16 anos é bem maior, ficando em torno de 56,9%. Já o percentual de mulheres casadas é bem menor, ficando em 19,2%. A tabela 8, a seguir, retrata esses resultados.

Tabela 8

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 29 anos, por estado civil atual, segundo a época da primeira relação sexual.
Belo Horizonte e Recife - 2002.

Belo Horizonte				
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva
menos de 16	19,2	27,4	56,9	100,0
16 a 20	65,2	59,7	43,1	
21 ou mais	14,6	12,8		
Percentual	99,0	99,9	100,0	100,0
n	86.046	174.255	5.003	684
Recife				
	Casada/Unida	Solteira	Divorc/Separada	Viúva
menos de 16	25,1	38,7	15,2	100,0
16 a 20	57,5	49,6	55,8	
21 ou mais	13,8	10,0	2,7	
Percentual	96,4	98,3	73,7	100,0
n	67.844	61.097	19.158	275

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

E quanto à idade ao primeiro casamento? Como é possível descrever esse evento? Em Belo Horizonte, 50,3% das mulheres entre 15 e 19 anos se casaram com menos de 16 anos. Já em Recife, entre as mulheres desse mesmo grupo etário, 35,5% se casou com idade inferior a 16 anos. Os dados também apontam para o fato de que, em Belo Horizonte, 77,4% das mulheres entre 15 e 24 anos chegaram aos 20 anos casadas. Em Recife, 83,9% das mulheres entre 15 e 24 anos chegaram aos 20 anos casadas. Além disso, das mulheres entre 25 e 29 anos em Belo Horizonte, 60,7% declarou ter casado com mais de 21 anos e somente 3,7% delas informaram ter se casado com menos de 16 anos. Em Recife, 52,3% das mulheres entre 25 e 29 anos também se casou com 21 anos ou mais de idade e cerca de 4,0% com menos de 16 anos.

A relação entre a idade ao casar e a cor/raça das mulheres mostra que, em Belo Horizonte, a proporção de mulheres pretas que se casou com menos de 16 anos é mais elevada do que a das brancas (10,6% de pretas e 6,6% de brancas). Em Recife esses percentuais são similares, girando em torno de 11,6%.

Quando a idade ao primeiro casamento é analisada em relação à escolaridade, os dados revelam que, em Belo Horizonte, das mulheres que tinham entre 1 e 4 anos de estudo, 68,8% casou até os 20 anos. Em contrapartida, das que têm nível superior, 59,5% declarou ter casado com mais de 21 anos. Em Recife, o percentual de mulheres com nível superior que casou após os 21 anos foi

um pouco inferior a Belo Horizonte: 54,5%. Daquelas com primário, 60,4% disse ter casado até os 20 anos de idade.

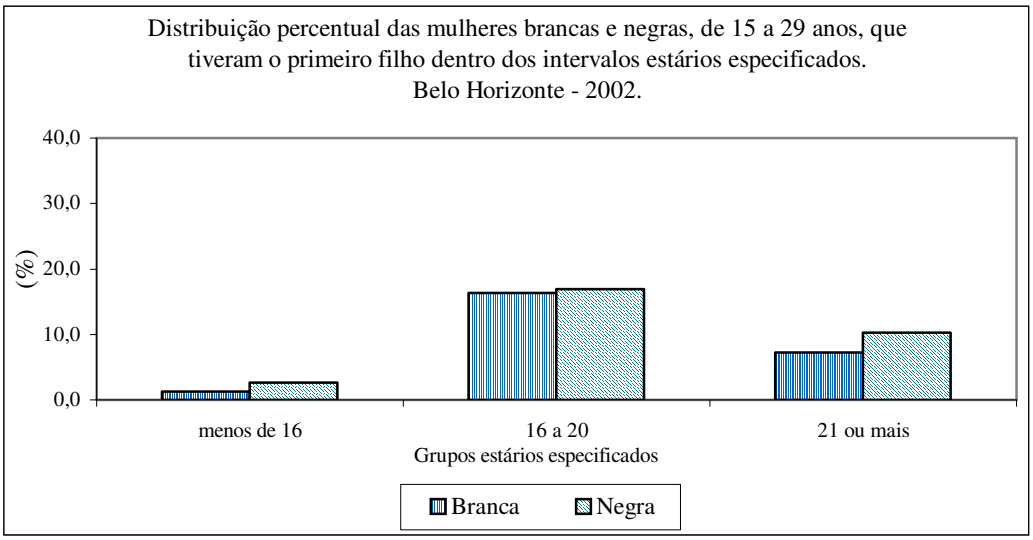
Como já indicado em outras pesquisas, apesar da idade ao primeiro casamento ser utilizada como *proxy* do início da atividade sexual, esses dois eventos não ocorrem, necessariamente, ao mesmo tempo. Enquanto em Belo Horizonte a idade mediana da primeira relação sexual, de mulheres entre 15 e 29 anos de idade foi de 17 anos, a do primeiro casamento foi de 19 anos. Esses resultados sugerem que, em Belo Horizonte as mulheres se casam aproximadamente, três anos após terem tido sua primeira relação. Em Recife, a idade mediana da primeira relação é de 16 anos e, a do primeiro casamento, é de 20 anos. Há, portanto, no caso de Recife, um intervalo de quatro anos entre a idade mediana de início da vida sexual e a entrada em uma união conjugal. Na comparação entre os municípios observa-se que, no município pernambucano, as mulheres não só iniciam a vida sexual, mas também se casam um ano mais cedo do que as do município mineiro.

A idade da mulher ao nascimento do primeiro filho é um evento que possui implicações relevantes para a conformação da história demográfica de uma localidade, pois pode afetar, de maneira significativa, as tendências da fecundidade. Além disso, a idade na qual a mulher tem seu primeiro filho tem conseqüências expressivas tanto para a saúde e bem estar da mãe quanto da criança. Nesse contexto, é fundamental conhecer como as mulheres se comportam em relação a esse evento. Em termos gerais, os dados indicam que a idade mediana da mulher ao primeiro filho, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, é de 19 anos. É interessante observar que, em Recife, essa idade coincide com a idade média ao casar. Já em Belo Horizonte, o que os dados indicam é que as mulheres se casam cerca de 1 anos após o nascimento do primeiro filho, cuja a idade mediana é de 19 anos. Os dados do estudo também indicam que percentuais muito pequenos de mulheres entre 15 e 19 anos, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, informaram ter tido o primeiro filho com menos de 16 anos (1,9% em Belo Horizonte e 0,8% em Recife).

A distribuição de mulheres pela idade ao ter o primeiro filho, de acordo com a cor/raça mostra que, em Belo Horizonte, o percentual de negras que teve o primeiro filho com menos de 16 anos é o dobro do que o de brancas (2,6% contra 1,2%). Em Recife, por outro lado, o percentual de brancas e pretas que tiveram o primeiro filho com menos de 16 anos é praticamente o mesmo: 2,3% de brancas e 2,2% de negras. No entanto, se uma comparação entre os dois municípios é feita, observa-se que em Recife, o percentual de brancas que teve filho com menos de 16 anos é o dobro do que em Belo Horizonte. A verificação dos dados mostra, claramente, que tanto entre as mulheres brancas quanto entre as negras que tiveram filho, os percentuais mais elevados foram entre os 16 e 20 anos. Das brancas, 16,3%, em Belo Horizonte e, 13,2% em Recife, tiveram o

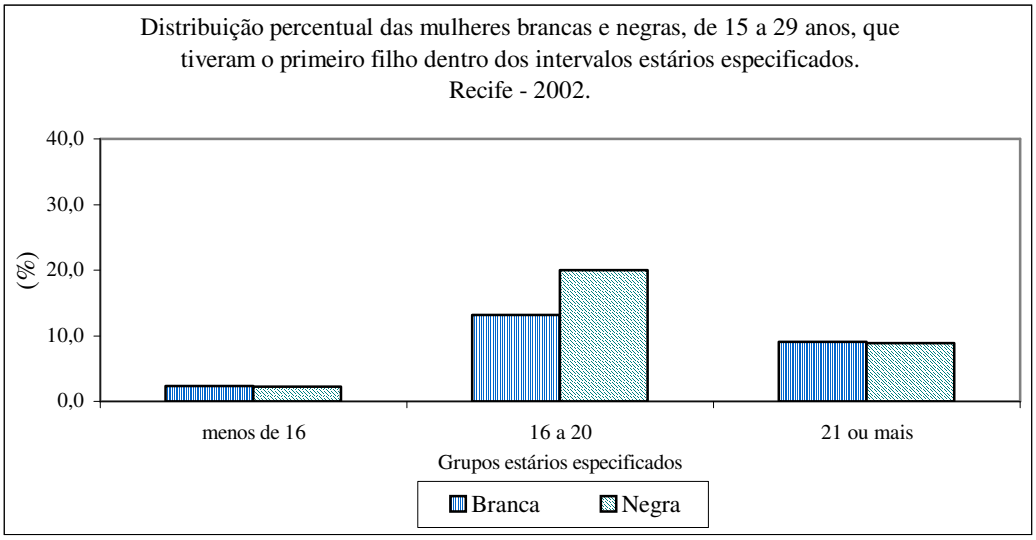
primeiro filho nessa faixa de idade. Já entre as negras, 16,9% em Belo Horizonte e 20,0% em Recife tiveram o primeiro filho entre 16 e 20 anos de idade. As figuras 7 e 8, a seguir, ilustram esses resultados.

Figura 7



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

Figura 8



Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2003.

A análise da idade com que a mulher tem o primeiro filho, segundo sua escolaridade é bastante importante, pois muitos trabalhos já mostraram, claramente, que mulheres com escolaridade mais elevada tendem a iniciar sua vida reprodutiva mais tarde e a ter um número

menor de filhos. Na SRSR 2002, os dados revelam que, enquanto em Belo Horizonte, 12,7% das mulheres que tinham entre 1 e 4 anos de estudo tiveram o primeiro filho com menos de 16 anos, somente 0,7% daquelas com 12 ou mais anos de estudo o fizeram com essa idade. Em Recife, 5,9% das mulheres que declararam ter entre 1 e 4 anos de escolaridade tiveram o primeiro filho com menos de 16 anos. Em ambos os municípios, a maior escolaridade implica em um aumento na idade de nascimento do primeiro filho. Quanto ao estado civil atual e a idade com que as mulheres tiveram o primeiro filho, os dados revela que, em Belo Horizonte, das que tiveram o primeiro filho com menos de 16 anos, 30,9% declararam estar casada, 47,8% solteira e 17,3% disse estar divorciada. Nesse município, o percentual de divorciadas e ou separadas reduz expressivamente quando o nascimento do primeiro filho ocorre mais tarde. Também diminui o percentual de mulheres solteiras entre as que têm o primeiro nascimento após os 16 anos de idade. Em Recife não se verifica um padrão geral, o que se observa é que, entre as que tiveram o primeiro filho com menos de 16 anos, 76,7% informou estar atualmente casada e 12,9% divorciada ou separada.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a discussão sobre saúde reprodutiva não é recente. Entretanto, somente em períodos mais atuais pesquisadores de diversas áreas, particularmente aqueles dedicados aos estudos populacionais, começaram a se preocupar com questões relacionadas ao comportamento reprodutivo na juventude. Que fatores afetam esse comportamento? Como ele se caracteriza? Existem diferenças regionais que merecem ser analisadas? Como a escolaridade está relacionada com o comportamento reprodutivo? E o estado civil? E quanto às diferenças quanto a cor/raça das jovens? Atualmente, poucos estudos têm sido desenvolvidos no país para verificar essas questões, especialmente aqueles que abordam o tema numa perspectiva municipal. Nesse sentido, a realização de trabalhos na área é extremamente importante, pois os resultados obtidos podem subsidiar a avaliação, proposição e implementação de estratégias que melhorem a saúde reprodutiva não só das jovens, mas das mulheres como um todo.

A avaliação, proposição e implementação de tais estratégias requerem, entretanto, uma compreensão mais ampla do comportamento reprodutivo das mulheres. A análise dos dados referentes a Belo Horizonte e Recife revelou tanto semelhanças quanto diferenças no contexto sócio-demográfico e nas características de comportamento reprodutivo das jovens desses municípios. Uma das grandes diferenças reveladas refere-se a situação educacional. Tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, uma parcela significativa das mulheres entre 15 e 29 anos ainda possui somente entre 1 e 4 anos de estudo (34,0% em Belo Horizonte e 38,4% em Recife). Há

muito tempo se reconhece a influência decisiva que a educação exerce sobre o comportamento reprodutivo e sobre a trajetória de fecundidade das mulheres. Níveis mais elevados de escolaridade estão estreitamente ligados a taxas de fecundidade mais baixas e idades mais elevadas de entrada em união e formação de família. Assim, em ambos os municípios, ainda hoje, é imprescindível a formulação e implantação de políticas públicas destinadas a atingir estas mulheres, as quais representam um grande contingente populacional.

Os resultados da pesquisa também revelaram que, tanto em Recife quanto em Belo Horizonte, a maioria das mulheres entre 15 e 29 anos se declarou como pertencendo a cor/raça negra. Apesar disso, as negras não tiveram uma grande representatividade nos grupos educacionais mais elevados. Pelo contrário, tanto em Belo Horizonte quanto em Recife, enquanto mais de 50,0% das brancas atingiram 12 ou mais anos de educação, somente cerca de 35,0% das negras conseguiram o mesmo. A magnitude dessa diferença impressiona. Reconhecendo-se a importância da educação para a melhoria de vida em todos os contextos, é possível inferir o ônus que essa desigualdade causa para a população negra e para a sociedade como um todo. Enfrentar as desigualdades geradas pela cor/raça da pessoa torna-se, portanto, um imperativo ético-político e social. Ambos os municípios precisam romper com a natureza discriminatória das políticas públicas que negam à grande parte da população um direito básico: o do acesso à educação. Assim como no restante do país, a população negra dos municípios em questão ainda permanece como uma população vulnerável, com necessidades prementes que precisam ser atendidas.

Pode-se dizer que as jovens de hoje experimentam sua primeira relação sexual, se casam pela primeira vez e têm seu primeiro filho em conjunturas bastante distintas daquelas de gerações anteriores. A posição das jovens na sociedade, em termos de cor, escolaridade e estado civil influenciam diretamente seu modo de viver. Nesse sentido, o conhecimento do contexto é importante para a compreensão do comportamento reprodutivo das jovens. As jovens dos municípios investigados não formam uma população homogênea, elas vivem em realidades que apresentam diferenças sociais, culturais e econômicas significantemente diferentes. Dentro desse cenário, os resultados revelaram que Belo Horizonte caracteriza-se por possuir uma população feminina que inicia sua vida sexual e se casa mais tarde do que a população de Recife. Por outro lado, a idade mediana ao nascimento do primeiro filho é igual em ambos os municípios (19 anos), sugerindo que, em Recife, as jovens que engravidam se casam em seguida.

Por razões não só de natureza demográfica, mas também por questões relacionadas à saúde, muitos estudos têm apontado para a importância do aumento na idade ao casar e do adiamento do nascimento do primeiro filho para idades além daquelas usualmente definidas como adolescência

(15 a 19 anos). Como revelado pelos dados, em ambos os municípios, o percentual de mulheres jovens negras que iniciam sua vida sexual, se casa e tem o primeiro filho com menos de 16 anos é sempre mais elevado do que o percentual de brancas. Esses resultados sugerem, portanto, que a cor de pele se encontra fortemente associada à probabilidade de encontrar mais jovens negras, do que brancas, em situações que geram maior vulnerabilidade: menor escolaridade, iniciação sexual mais cedo, casamento e maternidade em idades mais jovens. Assim, os resultados também reforçam a necessidade de adoção de medidas, no contexto da saúde, mais inclusivas.

Como síntese dos resultados encontrados nessa breve avaliação do contexto sócio-demográfico e do comportamento reprodutivo das jovens de Belo Horizonte e Recife, pode-se dizer que as mulheres com menor grau de escolaridade são aquelas que entram em atividade sexual mais cedo, se casam e têm filhos em idades mais jovens. A antecipação de todos esses eventos tem conseqüências importantes para a mulher, para sua família e para a sociedade como um todo. Uma das grandes preocupações em termos de saúde pública refere-se a capacidade das jovens em assumir os riscos e as conseqüências de seu comportamento sexual, tais como a possibilidade uma gravidez e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, dentre as quais está a AIDS.

Cabe ressaltar, também, que as diferenças no contexto social e cultural, assim como as características das jovens em cada município, devem ser consideradas quando se analisam questões relacionadas ao comportamento reprodutivo. diversos aspectos, além dos aqui incluídos, devem ser usados para ampliar a compreensão dos fatores que contribuem para a concentração da fecundidade brasileira nas idades mais jovens do período reprodutivo e para o perfil do comportamento reprodutivo dessas mulheres.

A análise exploratória realizada nesse estudo revelou a necessidade urgente de novas pesquisas sobre os determinantes da fecundidade e comportamento reprodutivo de mulheres mais jovens em âmbito municipal. Além disso, os resultados também deixaram evidente a necessidade de políticas sociais mais inclusivas, que diminuam as diferenças sociais existentes entre a população branca e a negra. De particular importância para pesquisas futuras é a realização de investigações de natureza qualitativa que permitam aprofundar o entendimento das questões relacionadas à sexualidade e cor, especialmente sobre as circunstâncias em torno do primeiro intercurso, primeiro casamento e nascimento do primeiro filho. Análises posteriores devem ser também dedicadas a questões envolvendo as decisões relacionadas a práticas contraceptivas e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a AIDS, pois estas informações certamente complementam o conhecimento que se tem atualmente sobre o comportamento reprodutivo e possibilitam uma melhor compreensão sobre as diversas esferas que compõem a saúde reprodutiva.

Finalmente, compreensão mais ampla sobre a dinâmica envolvendo eventos cruciais na vida das jovens pode oferecer subsídios importantes para o desenho e implementação de estratégias que tornem as mulheres agentes ativos de sua própria história.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Herton Ellery; CAMARANO, Ana Amélia. Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão estadual. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 1996, v. III. p.1369-1390.

CAMARANO, Ana Amélia. **Fertility transition in Brazil in the twentieth century: a comparative study of three areas.** 1996. 377f. Tese (Doutorado em Economia e Ciência Política) - The London School of Economics and Political Science/Population Studies, Londres, 1996.

_____, Ana Amélia. Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem. In: **Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas**. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p.109-133.

BEMFAM (1992). SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem** (BEMFAM), 1992.

BERCOVICH, Alícia. Considerações sobre a fecundidade da população negra no Brasil, In: LOVELL Peggy A. **Desigualdade racial no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: MSG Editores, 1991. p.309-340.

CARVALHO, José Alberto Magno de. O tamanho da população brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**,** 6, 1988, Olinda, PE. Anais...Belo Horizonte: ABEP, 1988. v.1, p.37-66.

_____, José Alberto Magno de. Demographic dynamics in Brazil: recent trends and perspectives. **Brazilian Journal of Population Studies**, Brasília, v.1, n.1, p. 5-23, 1997/1998.

FARIA, Vilmar. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. **Ciências Sociais Hoje**, **1989**, São Paulo, Anuário I, p. 63-103, 1989.

GUPTA, Neeru; LEITE, Iuri da Costa. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**, volume especial de 2001, p.24-29, 2001.

HENRIQUES, Maria Helena; SILVA, Nelson do Vale. Gravidez na adolescência: um problema emergente? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1988, Olinda. Anais...Olinda: ABEP, 1988. p. 357-382.

HENRIQUES, Maria Helena; SILVA, Nelson do Valle; SINGH, Susheela e WULF Deirdre. Adolescentes de hoje, pais de amanhã: Brasil. New York: Alan Guttmacher Institute. 1989. 89 p.

HOPES AND REALITIES closing the gap between women's aspirations and their reproductive experiences. New York: The Alan Guttmacher Institute. 1995. 56 p.

IBGE. Dados preliminares do Censo Demográfico de 2000. Disponível em http://www.ibge.net/home/estatisitca/população/censo2000/. Acesso em Julho de 2002.

LONGO, Luciene A F. de B. **Prevenir ou remediar? Um estudo das práticas contraceptivas entre as mulheres de 15 a 24 anos no Brasil.** 2001.116f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento regional, Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

MEEKERS, Dominique. Sexual initiation and premarital childbearing in Sub-Saharan África. **Population Studies**, v.48, p. 47-64, 1994.

MELO, Aparecida V. Gravidez na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7, 1996, Caxambu. Anais...Belo Horizonte: ABEP, 1996. v.3, p. 1439-1454.

MERRICK, Thomas W. e BERQUO Elza. **The determinats of Brazil´s recent rapid decline in fertility**. Washington: National Academy Press, 1983. p. 241.

NACIONES UNIDAS (1997). **Derechos reproductivos y salud reproductive: informe conciso.** Naciones Unidas. Nueva York, 1997.

PATARRA, Neide L.; OLIVEIRA, Maria Coleta. Transição, transições. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6, 1988, Olinda. Anais...Olinda: ABEP, 1988.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. Anais...Belo Horizonte: ABEP, 2000. Disponível em: http://www.abep.org.br Acesso em 16 set. de 2002.

PNDS (1996). SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS),** 1996.

RINDFUSS, Ronald; A. PARNELL; C. HIRSCHMAN. The timing of entry into motherhood in Asia: A comparative perspective. **Population Studies**, v.37, p. 253-272, 1983.

SINGH, Susheela; SAMARA, Renee. Early marriage among women in developing countries. **International Family Planning Perspectives**, v.22, p. 148-157 & 175, 1996

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva e OLIVEIRA, Luiz Antônio Pinto de. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente**. Rio de Janeiro: IBGE, 1988, 64p.

WONG, Laura L. Rodriguez. A transição da fecundidade no Norte e Nordeste do Brasil. In: SANTOS, Taís de Freitas (Org.) **Dinâmica populacional das regiões Norte e Nordeste: questões atuais e emergentes**. Recife: FJN, Editora Massangana, 2000. p.107-138.

Bolsista Beatriz de Castro Filgueiras

Políticas Públicas de Planejamento Familiar: propostas, demanda e acesso por raça/cor e uma avaliação de seu funcionamento em Belo Horizonte

Agradecimentos

André J. Caetano e Paula Miranda-Ribeiro pela oportunidade de participar do projeto *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça*, e por todas as oportunidades de aprendizado e crescimento intelectual que vocês me possibilitaram. Ao André, agradeço pela orientação e paciência – fundamentais para a elaboração, execução e conclusão deste trabalho. À toda a equipe SRSR, pela cumplicidade, amizade e esforço conjunto.

Aos meus pais e à minha irmã pelo eterno apoio e incentivo. À todos meus amigos – em especial às amigas Carolina, Alice, Carmela e Daniela - pela ajuda e pelo ombro incondicional, sem os quais este trabalho não seria o mesmo. Aos meus professores do curso de Ciências Sociais da FAFICH/UFMG, responsáveis por minha formação. Aos colegas de curso e aos amigos que ali conquistei, por dividir as dificuldades, questionamentos e sucessos.

Obrigado a todos vocês!

SUMÁRIO

Introdução

1. A Transição da Fecundidade no Brasil

2. O PAISM: diretrizes e propostas de atuação

3. O Planejamento Familiar no município de Belo Horizonte

    3.1. Dados SRSR

    3.2. Estudo qualitativo da implementação, gestão e execução do planejamento familiar em B.H.

Conclusão

Apêndice de tabelas

Referências bibliográficas

Introdução

Desde a década de 1960, a Taxa de Fecundidade das mulheres brasileiras vem apresentando índices decrescentes, chegando em 2000 a uma média de 2,3 filhos por mulher (IBGE, 2000). No entanto, somente em meados de 1980 foi elaborado um programa de caráter nacional para fazer frente à crescente demanda por métodos contraceptivos e à necessidade de regulamentação da assistência prestada.

O PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – representa a primeira e única iniciativa do poder público na regulamentação e promoção do planejamento familiar no Brasil. Este programa propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida, desde a infância até a velhice, de acordo com as características apresentadas em cada fase. O PAISM deve, ainda, propiciar a realização de atividades educativas que permitam às mulheres deter maior conhecimento sobre seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciar a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde, e como viver melhor.

O programa de planejamento familiar, inserido dentro do PAISM, preconiza a disponibilização de métodos contraceptivos à população, acompanhada de práticas educativas que propiciem o conhecimento do corpo e das opções contraceptivas a fim de possibilitar uma escolha consciente por parte dos usuários.

A proposta deste trabalho é avaliar o funcionamento do programa de planejamento familiar no município de Belo Horizonte em duas etapas distintas. Primeiramente, buscamos examinar o conhecimento da população feminina sobre os direitos relativos à obtenção de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde e o uso destes direitos. Ou seja, saber se as mulheres conhecem e exercem os direitos que lhes são conferidos pela legislação em vigor. Em segundo lugar, analisamos a implementação, o funcionamento e a qualidade dos serviços prestados à população buscando avaliar a oferta de métodos e as práticas educativas que deveriam acompanhar o fornecimento destes.

Para alcançar tais objetivos, será traçado na Seção 1 o panorama da transição da fecundidade no país, de forma a se contextualizar as condições sociais – com ênfase nas diferenças por raça/cor - econômicas e políticas nas quais se operou esta transição. Este quadro, em verdade, engendrou a proposição, elaboração e implementação do PAISM na segunda metade da década de 1980. O PAISM é o único programa de caráter nacional na regulamentação e promoção do

planejamento familiar no país cujas diretrizes são definidas pelo Ministério da Saúde e a implementação é municipal, sendo a autoridade de saúde estatal responsável pela divulgação deste na rede de saúde dos municípios e pelo assessoramento dos mesmos. O PAISM foi implementado no contexto de descentralização, com crescente municipalização do sistema de saúde que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes e propostas de atuação preconizadas pelo PAISM – com ênfase nas relativas ao planejamento familiar, bem como as funções das diversas esferas governamentais - serão discutidas na Seção 2 deste artigo para que seja possível compreender a que o PAISM se propõe, em especial no concernente ao planejamento familiar, identificar as responsabilidades dos diversos órgãos públicos na sua implementação e, posteriormente, diagnosticar o hiato existente entre sua elaboração e seu funcionamento.

A seguir, na Seção 3, será feita a análise da demanda e do funcionamento do planejamento familiar no município de Belo Horizonte. A Seção 3.1 consiste na análise dos dados levantados pelo Projeto *SRSR* (Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça – Cedeplar/UFMG). Tal análise permitirá uma avaliação do grau de conhecimento e acesso a estes direitos e serviços por parte da população feminina do município, controlados por fatores demográficos, sociais (incluindo raça/cor), econômicos e reprodutivos. Na Seção 3.2, para avaliar a implementação, gestão e execução das políticas públicas de planejamento familiar, será feita um estudo qualitativo das mesmas a fim de diagnosticar a qualidade dos serviços prestados. Para tal, foram realizadas entrevistas com responsáveis e atuantes neste programa nas secretarias estadual e municipal de saúde e em cinco centros de saúde do município selecionados através de sorteio.

Ao investigarmos o comportamento contraceptivo das mulheres belorizontinas, sua demanda e acesso aos serviços de saúde, como também a qualidade destes, buscamos diagnosticar a realidade das mulheres residentes em Belo Horizonte no que diz respeito à capacidade e possibilidade destas de porem em prática suas decisões reprodutivas, evitando uma gravidez não desejada e vivenciando sua sexualidade de forma segura, saudável e prazerosa.

No caso das negras, em particular, partimos do pressuposto de que este sub-grupo da população concentra-se majoritariamente nos estratos sócio-econômicos inferiores e, por isso, dependem do sistema público de saúde. Assim, entende-se que este trabalho possibilita, dentro de um diagnóstico geral, diferenciar as realidades e demandas das mulheres negras, em comparação com as brancas, quanto à anticoncepção e seu acesso a serviços de saúde de qualidade. Desta forma, este estudo fornece tanto um referencial para a elaboração de políticas públicas de saúde reprodutiva - ou para o aperfeiçoamento das existentes – quanto a possibilidade de uma reflexão crítica a respeito da situação das mulheres negras no município.

1. A Transição da Fecundidade no Brasil

A fecundidade brasileira iniciou uma tendência declinante substancial após meados dos anos 60 quando o governo militar assumiu o poder no país. Na ausência de programas de planejamento familiar oficiais, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) caiu de 6,3 filhos por mulher em 1960 para 4,4 em 1980 (IBGE, 2002), um período que compreendeu quase dez anos de bonança econômica, de meados dos anos 60 até a primeira crise do petróleo em 1974. O ritmo do declínio se acelerou nos anos 80 e primeira metade da década de 90, um período economicamente calamitoso que, no entanto, trouxe algum otimismo com a redemocratização do país, a descentralização política e o fortalecimento dos movimentos sociais – dentre eles o de mulheres. Em 2000, a TFT brasileira atingiu 2,3 (IBGE, 2002).

Além das medidas tomadas pelos governos militares para induzir diretamente o crescimento econômico e aumentar a produtividade agrícola, reestruturou-se os sistemas de assistência médica e seguridade social, aumentando sua cobertura, expandiu-se o crédito ao consumidor e o acesso à educação, e, finalmente, criou-se uma moderna infraestrutura de comunicação de massa e transporte rodoviário (FARIA, 1989). Um grande contingente de brasileiros entrou pela primeira vez em relações de mercado e a participação feminina no mercado de trabalho cresceu substancialmente (PAIVA, 1984b). O processo de modernização, no entanto, foi regionalmente desigual, promoveu a concentração de renda e o enorme fluxo rural-urbano desencadeado contribuiu para uma urbanização desequilibrada social, econômica e ambientalmente (SOUZA, 1997). Durante os anos 1980 e 1990, a economia deteriorou-se, afetando mais intensamente a população de baixa renda (IPEA,1996), aumentando o desemprego urbano (MARTINE, 1995; PAIVA, 1984a) e intensificando a pobreza (ROCHA, 2000).

É neste contexto que, a partir de 1980, o movimento de mulheres transforma o corpo feminino em tema político e traz a questão da saúde reprodutiva para a ordem do dia, discutindo a partir da perspectiva feminina e feminista, contracepção, aborto e sexualidade. Uma série de avanços são feitos, tais como a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1986. Este debate é intensificado com a Constituinte de 1988 e a questão da descentralização política. No bojo desta discussão, é proposta a criação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), o qual significou uma descentralização radical do sistema público de saúde em direção aos municípios. Este sistema é hoje responsável por mais de 70% dos serviços ambulatoriais e hospitalares do país. Cerca de 120 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS (CNPD, 1999).

Diante da queda contínua e irreversível da fecundidade em meio a esta diversidade de fatores, as interpretações da transição da fecundidade no Brasil usaram argumentos que aliam desenvolvimento econômico e transformações do mercado de trabalho (CARVALHO, PAIVA *et al.,* 1981), empobrecimento como efeito colateral de uma industrialização mal concebida (WOOD e CARVALHO, 1988), e reação às crises econômicas (CARVALHO e WONG, 1996). Uma outra vertente viu na associação do processo de industrialização e transformações do mercado de trabalho com as conseqüências não antecipadas das mudanças institucionais tais como a expansão dos meios de comunicação, especialmente a televisão, e a medicalização[3] como os principais fatores redefinidores de valores, preferências e comportamentos com relação à família, sexo e reprodução (FARIA, 1989). De uma forma ou de outra, os processos sociais, econômicos e políticos observados neste período combinaram-se no sentido de solapar a lógica que incentivava a formação de proles extensas e criaram estímulos para famílias menores, aumentando a demanda por métodos contraceptivos, principal determinante da queda da fecundidade no Brasil.

Cabe ressaltar que a queda da fecundidade no Brasil ocorreu de forma desigual, sendo mais acentuada nos centros urbanos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2002). Fatores como renda, escolaridade e raça/cor também incidem diretamente sobre os níveis de fecundidade, sendo as mulheres brancas de maior poder aquisitivo e nível de instrução as que apresentaram maior redução no número médio de filhos (BERCOVICH, 1991; IBGE, 2002[4]).

Ao analisar o período de transição demográfica focando diferenciais de raça/cor, Bercovich (1991) argumenta que este processo não se deu de forma homogênea. Entre as décadas de 60 e 80, houve uma queda de 30% na taxa de fecundidade nacional, uma queda extremamente desigual se desagregada por raça – enquanto no grupo das mulheres brancas houve redução de 44% do número médio de filhos, nos grupos de mulheres pretas e pardas esta redução foi de 16 e 23%, respectivamente (BERCOVICH, 1991). Os dados trabalhados pela autora - referentes ao ano de 1980 - indicam que a influência da escolaridade se mostra maior para as mulheres pretas do que para as brancas. Nos níveis mais elevados de escolaridade, o comportamento das pretas é semelhante ao das brancas, tanto no concernente à fecundidade quanto ao controle desta. Enquanto para as mulheres sem instrução existia uma diferença de 40% no uso de anticoncepcionais entre brancas e pretas, para mulheres com no mínimo o curso primário completo esta diferença anula-se

[3] Apesar de não haver intenção de intervir na dinâmica populacional através destas transformações institucionais, a medicalização do comportamento reprodutivo foi fundamental para legitimar a interferência em processos biológicos, a crença na eficácia das intervenções médicas e o uso de métodos contraceptivos modernos, especialmente a esterilização feminina e a pílula (FARIA, 1989).

[4] Folha de São Paulo, 07/03/2003. pág C4

(BERCOVICH, 1991).

Esta autora ressalta a grande desigualdade de instrução existente entre mulheres brancas e pretas, especialmente as mais jovens. A proporção de pretas entre 15 e 19 anos sem escolaridade era, em 1980, três vezes a proporção de brancas na mesma situação (BERCOVICH, 1991). Segundo dados da PNDS/1996, é também o dobro a proporção de mulheres negras em regiões menos desenvolvidas e em estratos sócio-econômicos inferiores (PERPÉTUO, 2000). Neste sentido, os dados do Censo 2000 parecem indicar uma diferença significativa entre as diversas camadas sociais. Segundo tabulações especiais realizadas pelo IBGE para o jornal Folha de São Paulo, as mulheres com renda familiar per capita até um quarto de salário mínimo apresentavam uma TFT de 5,3, ao passo que as mulheres de famílias com renda per capita superior a cinco salários mínimos tinham uma TFT de 1,11[5]. Diferença similar é observada realizando-se um recorte por anos de estudo.

Estas diferenças entre brancas e negras também se refletiriam em aspectos relacionados à saúde reprodutiva. De acordo com Perpétuo (2000), o percentual de negras que iniciam sua vida sexual e têm filhos ainda adolescentes é maior do que o de mulheres brancas. Há também uma maior proporção de negras grávidas por falha do método contraceptivo ou que não desejavam ficar grávidas, mas, à época da entrevista, não usavam nenhum anticoncepcional. Tais índices refletem-se na ocorrência de gravidezes não desejadas, relatadas por 27% das brancas em contraposição a 40% das negras.

A assistência ao pré-natal, parto e puerpério mostra-se também desigual. 76% de brancas e 61% de negras fizeram 6 ou mais consultas pré-natal[6], enquanto 6% de brancas e 13% de negras não fizeram nenhuma. Os dados relativos à realização de exame ginecológico são ainda mais alarmantes quando indicam que, entre 15 e 34 anos, 22% de brancas e 35% de negras nunca se submeteram a um exame ginecológico e 46% de brancas e 60% de negras não o fizeram no ano anterior à data da entrevista da PNDS/1996 (op.cit. 2000).

Com relação à prática contraceptiva, argumentou-se que a falta de serviços públicos de planejamento familiar e a progressiva difusão da esterilização no país seriam estratégias de controle e redução do crescimento da população pobre, em geral, e da população negra, em particular (BERQUÓ, 1994). No entanto, vários estudos foram realizados e não encontrou-se diferenças significativas entre a proporção de brancas e negras esterilizadas cirurgicamente. Tal tendência se

[5] Folha de São Paulo, 07/03/2003. pág C4

[6] 6 consultas é considerado pelo Ministério da Saúde como o acompanhamento mínimo 'adequado' (PERPÉTUO, 2000)

manteria mesmo quando são mantidos constantes os níveis de escolaridade e renda (op.cit. 1994).

A questão que diversos autores levantam é se as disparidades entre brancas e negras, não só no que diz respeito à saúde e direitos reprodutivos, seriam indicativos de discriminação racial ou um reflexo da posição sócio-econômica inferior na qual se encontra a população negra no Brasil (BERCOVICH, 1991; PERPÉTUO, 2000). Ao tentar investigar tal questão, Perpétuo analisa as chances de mulheres brancas e negras terem uma consulta ginecológica completa, tomando como variáveis controle as características sócio-econômicas, idade e o número de filhos. Se mantidas constantes a região e situação de residência, idade, número de filhos e o nível educacional, as negras têm 81% a chance das brancas de uma consulta completa. No entanto, ao introduzir a classe social, entendida como renda ou poder aquisitivo, como variável controle, a influência da cor desaparece.

Tal resultado sugere que as desigualdades 'reprodutivas' existentes são de fato reflexo das condições sócio-econômicas precárias das negras, não sendo indicadores de discriminação racial. Não obstante, a autora não descarta esta hipótese e argumenta que o poder aquisitivo, mais do que residência e escolaridade, pode estar captando esta discriminação. Além disso, dados quantitativos não permitem uma análise da qualidade dos serviços disponíveis para brancas e negras, fator de relevância para a compreensão destas diferenças e desigualdades (PERPÉTUO, 2000).

As diferenças entre brancas e negras nos vários aspectos da saúde reprodutiva, mas principalmente no que concerne a utilização de métodos contraceptivos e a fecundidade entre as diferentes camadas sociais parecem indicar que, apesar da demanda por contracepção ser disseminada, as mulheres de mais baixa renda, onde encontra-se a maioria da população negra, enfrentam dificuldades em fazer valer suas intenções reprodutivas. Apesar do Brasil contar com um dos melhores programas de planejamento familiar, estas diferenças seriam sintomáticas da falha dos serviços públicos de saúde não só no fornecimento de anticoncepcionais como também na educação da população para tais práticas.

Não obstante a queda da fecundidade ter se iniciado em meados da década de 60 e se intensificado nas décadas de 70 e 80, a primeira e única iniciativa de caráter nacional que incorporou a necessidade de atender esta demanda crescente, principalmente por parte da população de baixa renda, foi o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - elaborado em 1983 e implementado em 1986. O PAISM constitui-se na principal iniciativa do Estado para regularizar a assistência à saúde reprodutiva das mulheres e a disponibilização de métodos contraceptivos.

2. O PAISM: diretrizes e propostas de atuação

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM - é um projeto pioneiro no campo da saúde e direitos reprodutivos, anterior inclusive à Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994 (CIPD' 1994), na qual o termo saúde reprodutiva e os direitos daí advindos foram consolidados.

O PAISM é um programa federal elaborado pelo Ministério da Saúde, proposto inicialmente em 1983 e implementado em 1986, cuja proposta incorpora ações de caráter educativo e preventivo. Ele preconiza um serviço que contemple integralmente todas as características da mulher em suas diversas fases de vida através de uma assistência interinstitucional e multiprofissional, ou seja, envolvendo ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. Com relação à integralidade, o PAISM prevê a atenção à ginecologia, ao período de gravidez, parto e puerpério, aleitamento materno, planejamento familiar, assistência ao climatério, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)[7] e prevenção do câncer de mama e de colo uterino.

Do ponto de vista operacional, o PAISM prevê a realização de atividades educativas que propiciem melhor conhecimento do corpo para possibilitar uma vivência completa e saudável da sexualidade. Estas atividades seriam a força motriz do programa, capaz de envolver as mulheres e facilitar a incorporação das informações acerca de sua saúde. Para tal, "tais ações educativas devem, preferencialmente, ser realizadas através de metodologias participativas. Esta prática garantiria que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde. É necessário, portanto, que seja atribuída uma prioridade às ações educativas na hierarquia das demais ações clássicas de assistência à saúde." (COSTA, 1992: 8)

No âmbito do SUS, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Ao governo federal cabe o estabelecimento das diretrizes e protocolos de atuação, além da confecção e distribuição de material educativo. Os governos estaduais ficam responsáveis pela divulgação do programa na rede de saúde dos municípios, pelo treinamento dos profissionais da rede, assim como pelo assessoramento e acompanhamento do programa nos municípios. Estes últimos são os responsáveis pela execução do PAISM. Os procedimentos médicos são remunerados através do SUS.

O que se preconiza com este programa é que a mulher não tenha, ao procurar a rede pública

de saúde, uma assistência fragmentada, pontual. Ou seja, teoricamente, ao procurar os postos de saúde, as mulheres deveriam ser atendidas e orientadas para uma série de questões inter-relacionadas e que fossem também educadas para cuidar da sua saúde de maneira integral. No concernente ao planejamento familiar, o programa deve propiciar tanto à mulher quanto a seu parceiro informações suficientes para uma escolha consciente através de práticas educativas, bem como disponibilizar os métodos contraceptivos e a orientação médica necessária.

Atualmente, no caso específico do planejamento familiar, o papel da esfera federal é o de estabelecer as normas e os protocolos e a distribuição de material normativo e educativo. A distribuição dos métodos contraceptivos é feita pelo Ministério da Saúde diretamente para os municípios. Anteriormente, esta distribuição era realizada através das secretarias estaduais de saúde, mas, em avaliação levada a cabo pelo Ministério da Saúde em 2001, constatou-se uma série de dificuldades logísticas na distribuição dos insumos para os municípios. Assim, desde abril de 2002, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de distribuição destes insumos (www.saude.gov.br[8]).

Os métodos contraceptivos são enviados para os municípios através dos 'kits' básico e complementar. O primeiro contém 150 cartelas de anticoncepcional oral combinado, 10 cartelas de anticoncepcional oral de progesterona e 720 unidades de preservativo masculino. O kit complementar é constituído por 15 unidades de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e 45 ampolas de anticoncepcional hormonal injetável trimestral. Para receber os kits básicos, os municípios considerados aptos[9] devem cadastrar-se junto ao Ministério da Saúde. Os kits complementares são enviados para municípios com mais de 50.000 habitantes e/ou que assumam o compromisso de ter profissionais capacitados para prescrição destes métodos (www.saude.gov.br[10]).

As funções de assessoramento, acompanhamento e divulgação das ações preconizadas pelo PAISM entre as diretorias regionais e os profissionais de saúde estão a cargo da Secretaria Estadual da Saúde (SES-MG). A SES-MG também divulga o programa e suas ações com ONG's que trabalham com saúde da mulher e movimentos organizados de mulheres. A execução das ações fica a cargo dos municípios. Não há repasse de recursos específicos para gestão do planejamento familiar entre os três níveis governamentais uma vez que o Ministério da Saúde fornece os kits

---

[7] De acordo com a Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais, a prevenção ao HIV foi incorporada posteriormente e atualmente busca-se incorporar a assistência à mulher vítima de violência sexual.
[8] Acesso em 07/2002.
[9] Ou seja, aqueles que "contem com pelo menos uma equipe de saúde da família habilitada ou esteja com termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento aprovado ou conte com pelo menos um médico contratado através do Programa de Interiorização da Saúde" (www.saude.gov.br, acesso em 07/2002).
[10] Acesso em 07/2002.

contendo os métodos e o material educativo e a execução dos serviços, ou seja, o atendimento médico, é remunerado através do SUS. Segundo o Ministério, entre outubro de 2000 e abril de 2001, o volume de métodos enviados cobriu cerca de 30% da demanda potencial do SUS no país em um ano (www.saude.gov.br[11]). De acordo com a SES-MG, com a modificação na distribuição dos kits, o Ministério da Saúde pretende atender integralmente a esta demanda até 2004. No entanto, como será discutido mais adiante, a descontinuidade na distribuição dos métodos constitui-se ainda o maior obstáculo ao bom funcionamento do programa de planejamento familiar.

Em síntese, a legislação brasileira mostra-se bastante completa no que diz respeito à regularização da assistência à saúde da mulher e no reconhecimento desta assistência enquanto direito constitucional[12]. No que diz respeito à contracepção, a mulher que desejar evitar a gravidez deve procurar o posto de saúde da sua região, onde – em tese - encontrará disponíveis diversos métodos contraceptivos, participará de reuniões educativas que possibilitem uma *escolha consciente* acerca de qual método utilizar e disporá de assistência e orientação de profissionais capacitados para atender suas necessidades. No entanto, faz-se necessária uma análise sobre a real capacidade da rede pública de saúde de atender, nos moldes propostos, à crescente demanda das mulheres por anticoncepção.

Neste sentido, Belo Horizonte configura-se como um caso privilegiado para um estudo com este escopo, pois nela foi realizada, em 2002, uma pesquisa amostral sobre saúde da mulher, no âmbito do projeto *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça* (SRSR), levado a cabo pelo Cedeplar/UFMG. Esta análise é associada à avaliação da implementação, funcionamento e qualidade dos serviços prestados à população, realizada a partir de dados qualitativos obtidos através de entrevistas com os gestores municipal e estadual de programas de saúde da mulher e gestores de postos de saúde.

3. O Planejamento Familiar no município de Belo Horizonte

[11] Acesso em 07/2002

[12] O direito ao planejamento familiar foi incorporado a Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 art. 226, e prevê o direito e o acesso aos serviços de planejamento familiar, liberdade de decisão do casal e provisão de recursos educacionais e científicos para o exercício de tal direito. Lê-se na Constituição: "Fundado nos princípios de dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

Belo Horizonte tem em sua legislação o direito à educação para a saúde da mulher e assistência ao planejamento familiar na lei municipal 6.754, de novembro de 1994. Uma de suas diretrizes é o "provimento de recursos informativo-educativos e técnico-operacionais, garantidos o direito à informação e a liberdade de opção dos usuários." O serviço público de Belo Horizonte conta com apenas um programa de planejamento familiar, inserido no PAISM e ofertado através do SUS[13]. O município conta com 127 centros de saúde espalhados por suas nove regionais administrativas: Centro-Sul (11 postos), Norte (14 postos), Nordeste (19 postos), Leste (13 postos), Oeste (14 postos), Barreiro (17 postos), Venda Nova (12 postos), Noroeste (19 postos) e Pampulha (8 postos).

O funcionamento do PAISM em Belo Horizonte já foi alvo de avaliações. Estudos realizados em 1993 pela organização não-governamental MUSA - Centro de Referência de Educação em Saúde da Mulher - que avaliam o funcionamento do PAISM em Minas Gerais concluíram que o programa não é executado de forma satisfatória. As áreas físicas dos postos de saúde não são adequadas, recursos materiais são escassos, faltam equipamentos básicos e as farmácias são precárias, faltando quantidade e diversidade de produtos. Recursos humanos administrativos são suficientes, mas o profissional da saúde é escasso em todas as áreas. Ademais, não foram detectados esforços para quantificar a demanda da população, de modo a atende-la satisfatoriamente. (MUSA, 1994)

Nova investigação foi levada à cabo, pela mesma organização, em 1999 – esta, diferentemente, restrita aos postos de saúde da região leste do município de Belo Horizonte – e, comparando os resultados obtidos, constatou-se que houve uma melhora nos serviços prestados, com exceção das atividades educativas, nas quais se insere o planejamento familiar, que seguiram sem avanço significativo. Os grupos de planejamento familiar eram realizados de forma deficiente, com formação profissional inadequada e materiais de práticas educativas escassos[14], resultando em baixa qualidade de informação (MUSA, 2000).

Nota-se, portanto, que, apesar de sua existência já ser longa, a implementação do PAISM no município parece ainda estar muito aquém do desejável, tanto no que diz respeito aos seus preceitos fundamentais quanto no atendimento da demanda por contracepção.

A análise do planejamento familiar em Belo Horizonte, no presente estudo, consistiu em duas etapas distintas, porém complementares. A primeira, de natureza quantitativa, visa traçar o

[13] Existem também três iniciativas da sociedade civil voltadas para a saúde e direitos da mulher. São elas: MUSA (Mulher e Saúde), Movimento Graal e Rede Nacional Feminista de Saúde e Direito Reprodutivo.

perfil das mulheres, sexualmente ativas, que não dispõem de assistência médica privada e dependem, em maior ou menor grau, do sistema público para a obtenção de métodos. Além disso, é possível analisar também o conhecimento - da população feminina em geral - a respeito dos serviços prestados, a procura por estes, assim como os locais mais freqüentes onde procuram orientação médica e métodos contraceptivos. Serão utilizados, aqui, os dados levantados, durante o ano de 2002, pelo projeto *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça* (SRSR – Cedeplar/UFMG).

A segunda etapa – qualitativa – busca analisar a implementação, gestão e execução das políticas públicas de planejamento familiar no município e, desta forma, propor uma avaliação da qualidade dos serviços prestados. Para tal, foram realizadas entrevistas com os gestores do programa de planejamento familiar nas esferas estadual e municipal e em alguns postos de saúde do município.

Assim, pretende-se uma análise global das questões referentes ao planejamento familiar em Belo Horizonte, desde as demandas da população, passando pela gestão deste pelas esferas estadual e municipal e chegando, enfim, à execução destes serviços pelo município e ao atendimento prestado à população.

3.1. Dados SRSR

O projeto *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça* (SRSR), realizado pelo Cedeplar-UFMG no ano de 2002, consistiu em uma pesquisa amostral sobre saúde da mulher, na qual foram realizadas entrevistas com mulheres de 15 a 59 anos nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Os resultados obtidos são importante referência para estudos deste gênero, sendo seus dados representativos de ambos municípios.

Para os propósitos deste trabalho, serão analisados dados referentes ao município de Belo Horizonte, de mulheres entre 15 e 49 anos, faixa etária que convencionou-se nos estudos de população como *idade reprodutiva* das mulheres, sexualmente ativas, com demanda potencial por contracepção. Para descrevermos a população usuária da rede pública de saúde, em especial do programa de planejamento familiar, serão trabalhadas variáveis como escolaridade, exercício de atividade remunerada, local onde procuram atendimento ginecológico e métodos contraceptivos, conhecimento do ciclo menstrual, entre outras, analisadas através de estatísticas descritivas e sempre desagregadas por raça/cor.

---

[14] O único material educativo disponível é, às vezes, o confeccionado pelos próprios funcionários (MUSA, 2000).

Para os dados de raça/cor, foi utilizada a auto-declaração das entrevistadas[15]. 41.70% das mulheres declararam-se brancas, 53.62% negras[16], enquanto 4.68% se declararam amarelas, indígenas ou não responderam a este quesito. A distribuição, por idade, das entrevistadas é bastante proporcional. As categorias inferior e superior – 15 a 19 e 45 a 49 – concentram cerca de 8% das mulheres. As categorias intermediárias têm cerca de 17% cada. Com relação ao estado civil, 45.73% são casadas, 9.67% unidas, 36.78% solteiras e 7.82% divorciadas, separadas ou viúvas. Esta distribuição é relativamente proporcional quando desagregada por raça/cor. No entanto, existe uma maior proporção de brancas casadas – uma diferença de cerca de 4% - contrabalançada por uma maior proporção de negras unidas.

A análise de variáveis sócio-econômicas corrobora a hipótese de que as mulheres negras concentram-se nas camadas sociais inferiores e dependem primordialmente dos serviços públicos de saúde.

Considerando o exercício de atividade remunerada, 27.41% das mulheres brancas exercem atividade sem carteira assinada, 21.47% têm vínculo empregatício formal, 15% são autônomas e 29.87% declararam-se donas de casa ou desempregadas no momento da entrevista. Entre as negras, 22.22% não têm carteira assinada, 30.88% têm, 10.57% são autônomas e 31.06% donas de casa ou desempregadas (TABELA 1). À primeira vista, estes dados não parecem indicar uma situação inferior das mulheres negras em relação às brancas – especialmente dada a maior proporção de negras com um vínculo empregatício formal. No entanto, é necessário problematizar e considerar que aqui não estão sendo levadas em conta a posição destas mulheres no mercado de trabalho e a ocupação destas. Neste sentido, a análise dos níveis de escolaridade pode ser um indicativo da diferença entre estas mulheres no que diz respeito à sua inserção no mercado de trabalho.

As mulheres negras têm, em sua maioria, entre 4 e 11 anos de estudo. As brancas, por sua vez, concentram-se na faixa entre 9 e 12 ou mais anos de estudo. É nesta última categoria que o fosso educacional entre brancas e negras mostra-se mais acentuado. Enquanto 31.06% das brancas têm 12 ou mais anos de estudo, somente 9.48% das negras encontram-se na mesma situação (TABELA 2). Sendo a escolaridade um fator determinante da inserção no mercado, as diferenças aqui encontradas são sintomáticas da posição inferior em que se encontram as mulheres negras no mundo do trabalho.

Outra variável sócio-econômica relevante para o presente estudo é se as mulheres em

[15] Mesmo ciente de suas limitações e das formas que tal conceito pode ser problematizado, creio ser a forma mais consistente de captar tais dados.
[16] Pretas e pardas

questão dispõem ou não de plano de saúde. Esta variável permite a análise não só do perfil sócio-econômico das entrevistadas, como também indica a proporção da população usuária dos serviços públicos de saúde. Do total da população entrevistada, 57.03% não dispõem de plano de saúde. Entre as mulheres negras, no entanto, esta porcentagem cresce para 63.98% e, no caso das brancas, cai para 44.92% (TABELA 3).

O posto de saúde é local mais procurado - 41.74% - pelas mulheres quando necessitam de atendimento ginecológico, seguido de locais conveniados ao plano de saúde – 39.64%. Ao desagregarmos estes dados por raça/cor, 50.07% de negras procuram o posto de saúde, enquanto somente 29.35% das brancas o fazem. Entre estas, 64.42% recorrem à clínicas particulares ou conveniadas ao plano de saúde, ao passo que 42.01% das mulheres negras dispõem destes recursos. Importante ressaltar, também, que 3.66% das entrevistadas negras nunca foram ao ginecologista, não tendo sido registrada nenhuma ocorrência semelhante entre as brancas (TABELA 4).

Com relação à aspectos específicos do planejamento familiar, serão analisados, a seguir, dados referentes ao conhecimento do fornecimento de métodos contraceptivos pela rede pública e a procura por estes - em especial nos postos de saúde do município –bem como dados relativos ao uso de anticoncepcionais e ao conhecimento do ciclo menstrual.

Quando questionadas a respeito do fornecimento de anticoncepcionais por hospitais públicos e postos de saúde, 83.78% das entrevistadas declararam ter conhecimento deste serviço – dentre estas, 45.51% são negras. No entanto, mais da metade – 52.30% - nunca procurou a rede pública para obtenção de métodos contraceptivos, especialmente as brancas – 60.85%. Somente 21% delas declararam ter recorrido ao sistema público, ao passo que 36.88% das negras o fizeram (TABELA 5). Se limitarmos a questão à procura por métodos nos postos de saúde, no ano anterior à entrevista, a proporção de mulheres que nunca procurou por este serviço cresce para 68.52%, sendo que 17.33% não o fizeram no último ano. Entre os 14.15% restantes, ou seja, que recorreram ao posto de saúde para a contracepção, 9.34% são negras (TABELA 6).

No concernente ao uso de métodos contraceptivos, os resultados estão em consonância com estudos anteriores[17] ao indicar que a pílula e a esterilização feminina são os métodos mais utilizados – com, respectivamente, 28.60 e 23.54% - seguidos do preservativo masculino, com 19.98%. Somente cerca de 10% das entrevistadas não usavam nenhum método à época da entrevista, sendo, neste grupo, 4.65% negras. No entanto, a maioria das entrevistadas desconhece o período fértil, principalmente as mulheres negras, dentre as quais 60.71% responderam

[17] ver, por exemplo, BERQUÓ, 1994

incorretamente ou simplesmente não sabem da sua existência (TABELA 7). O conhecimento do ciclo menstrual – ou, no caso, o desconhecimento deste – é sintomático da falta de informação das mulheres a respeito de sua sexualidade e da baixa qualidade da assistência médica e ginecológica prestada.

Como havíamos suposto, de início, os dados aqui analisados indicam que a maioria das usuárias da rede pública de saúde de Belo Horizonte – conseqüentemente do programa de planejamento familiar – são as mulheres negras, cuja maior parte pratica a contracepção mas desconhece o período fértil. A grande maioria das entrevistadas sabe do fornecimento do métodos contraceptivos pelos postos de saúde, no entanto a procura por estes pode ser considerada baixa, dada a proporção da população que depende do sistema público. Cabe agora analisar o funcionamento deste programa no município a fim de avaliar sua qualidade e capacidade de atender à demanda existente, não só no concernente ao fornecimento de métodos, como também no que diz respeito à assistência e orientação necessárias.

3.2. Estudo qualitativo da implementação, gestão e execução do planejamento familiar em B.H.

Para a avaliarmos o funcionamento do serviço de planejamento familiar em Belo Horizonte, foram visitadas as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e centros de saúde - selecionados através de sorteio - nas regionais Centro-Sul, Leste, Barreiro, Venda Nova e Pampulha (um em cada). A escolha das regiões administrativas foi realizada com o intuito de cobrir regiões com diferentes características sócio-econômicas, mas que contivessem uma parcela significativa da população dependendo majoritariamente dos serviços públicos de saúde. A seleção dos centros de saúde (C.S.) foi feita através de sorteio entre todos os centros de saúde existentes em cada uma das regionais administrativas (www.pbh.gov.br[18]). Nas Secretarias, foram entrevistadas as coordenadoras dos programas de atenção à mulher e nos centros de saúde foram entrevistadas as responsáveis por estes (com exceção das regionais Centro-Sul e Barreiro nas quais foram entrevistadas uma assistente social e uma enfermeira, respectivamente). As entrevistas foram realizadas entre 28/08 e 11/09 de 2002.

Cabe ressaltar que será feita uma análise qualitativa do funcionamento do planejamento familiar. Não serão trabalhadas aqui informações estatísticas sobre atendimento, distribuição de

[18] Acesso em 08/2002

métodos e participação das mulheres, mas informações contidas no discurso e na avaliação das responsáveis pelo programa em quase todas suas instâncias, desde a gestão do Estado até o atendimento à população.

- Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES–MG)

Na entrevista com a coordenadora do programa de atenção à mulher da SES-MG foram tratados assuntos relativos à implantação do PAISM e do planejamento familiar no Estado, funções e atribuições dos diversos níveis de governo na gestão do programa e a avaliação da assistência prestada à mulher e da atuação do Estado na prevenção da gravidez não planejada.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, existem cerca de 1000 postos de saúde no Estado cadastrados e oferecendo os serviços de planejamento familiar. O volume de métodos, tanto dos kits básicos quanto dos complementares, fornecido pelo Ministério não é suficiente para suprir a demanda existente, mas, de acordo com a entrevistada, municípios que estão organizados e que têm capacidade financeira e profissional, compram o restante dos métodos necessários. O interessante seria saber como essa organização e capacidade são definidas, além de quantos são os municípios que de fato conseguem suprir essa carência, mas a Secretaria não dispõe de tal informação.

A função do Estado no que diz respeito ao planejamento familiar é de divulgar, assessorar e acompanhar os serviços prestados. A divulgação é feita exclusivamente para as diretorias regionais estaduais, os profissionais de saúde, ONG's e organizações de mulheres, principalmente em eventos e palestras promovidos pela Secretaria. O Estado não faz nenhum tipo de divulgação dos serviços para a comunidade, nem campanhas educativas. Além destas atribuições, a Secretaria também planeja a elaboração de materiais de práticas educativas, o que seria uma atribuição federal, pois estes materiais não estão sendo fornecidos adequadamente.

Os problemas encontrados no programa de planejamento familiar, mencionados pela entrevistada, não se resumem à insuficiência do volume de métodos distribuídos e à falta de materiais educativos. Sua avaliação é de que o PAISM, em geral, não foi implementado de forma positiva no Estado.

"Você ainda tem muito aquela estória assim: a mulher uma hora vai fazer pré-natal, outra hora vai fazer prevenção, outra hora vai fazer planejamento familiar, e o que se preconiza com o PAISM é que (...) a mulher, no centro de saúde ou com a equipe de PSF [Programa de Saúde da Família]*,(...) seja atendida em toda sua integralidade. Ela vai fazer pré-natal, ela vai fazer*

prevenção de câncer, vai colher material, vai apalpar mama, vai tratar DST's, ela vai se orientar para fazer planejamento familiar para ela voltar logo depois para ser encaminhada. Seria o ideal. (...) Essa é a proposta nossa. Mas na prática, você vê que isso tá furado, tanto que você precisa de ter campanha de prevenção de câncer, campanha não sei de quê, campanha não sei de que. Se o PAISM tivesse sido implantado efetivamente, a mulher estaria sim tendo acesso aos serviços de saúde e todas essas ações fariam parte do cotidiano. Essa é minha defesa (...). Infelizmente não é, então você tem que ficar tendo campanhas isoladas, que na verdade isso significa uma falência da implantação do PAISM no Brasil. A assistência está escapando, está fragmentada"

A SES-MG não têm ações voltadas especificamente para o planejamento familiar, uma vez que sua função – dentro do PAISM – é de divulgação de suas diretrizes e o assessoramento e treinamento de pessoal. Assim, o diagnóstico da entrevistada é muito mais amplo – na verdade, esta parece deduzir que se o PAISM não está funcionando satisfatoriamente, o planejamento familiar também não está. No entanto, e talvez pela própria natureza de sua atuação, a SES-MG não parece dispor de dados concretos sobre o funcionamento do planejamento familiar, tanto no Estado quanto no município.

- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH)

Assuntos relativos à implantação do PAISM e ao funcionamento do planejamento familiar no município foram alguns dos temas abordados na entrevista com a coordenadora da atenção à saúde da mulher da SMS-BH. Segundo a entrevistada, o PAISM está bem definido no município, com todas as ações preconizadas implantadas, estando o planejamento familiar disponível em todos os postos de saúde.

A proposta do programa de planejamento familiar da Secretaria Municipal de Saúde de BH é de inscrição aberta ao 'grupo de planejamento familiar', cuja periodicidade depende da demanda e da capacidade operacional de cada centro de saúde. Estes grupos são coordenados por profissionais da equipe de planejamento familiar dos centros e é através deles que os usuários terão informação e orientação a respeito dos métodos disponíveis para possibilitar "uma escolha mais acertada e consciente acerca do método contraceptivo" (SMS – BH, 1997). Os métodos disponíveis são os métodos de barreira (camisinha e diafragma), hormonais (anticoncepcional oral e injetável), DIU, esterilização feminina e masculina (requerimento e encaminhamento para os hospitais da rede

pública), e informações sobre os métodos naturais[19] (op.cit. 1997).

Para o cadastramento no programa de planejamento familiar e acesso aos métodos oferecidos, a participação nos grupos é obrigatória. A orientação das mulheres é feita nesta reunião, a qual representa o componente educativo do programa. As mulheres recebem informações sobre o que é planejamento familiar, sobre o funcionamento do corpo e sobre os métodos contraceptivos oferecidos, suas vantagens e desvantagens e como utilizá-los. A participação nas reuniões é obrigatória apenas para o cadastramento. Uma vez que estejam cadastradas, as mulheres podem obter o método escolhido regularmente nas farmácias dos centros de saúde. Várias mulheres são encaminhadas para o planejamento familiar pelos médicos do próprio centro de saúde e, segundo a entrevistada, não é realizado nenhum tipo de campanha educacional sobre planejamento familiar. A divulgação existente é feita através de cartazes afixados nos centros de saúde informando o dia das reuniões.

Não existe um controle, mas a entrevistada acredita que o programa de planejamento familiar esteja atendendo a demanda pelo fato dos grupos serem abertos, sem limite de cadastramento. Na sua avaliação, o programa tem melhorado e seu alcance ampliado a cada ano, mas ainda ocorrem descontinuidades na distribuição dos métodos.

A entrevistada mostrou-se, em geral, bastante otimista em relação ao planejamento familiar no município, não tendo apontado grandes entraves para o bom funcionamento deste. Admite, no entanto, que sua execução fica a cargo dos postos de saúde, que se organizam de acordo com suas necessidades e sua capacidade operacional. À época da entrevista, a SMS-BH não dispunha de dados substantivos sobre a demanda por contracepção no município nem sobre os atendimentos realizados.

- O planejamento familiar nos Centros de Saúde

Para o presente trabalho, foram feitas entrevistas com responsáveis e atuantes no planejamento familiar em cinco centros de saúde, de cinco das nove regionais administrativas do município[20]. Por razões de confidencialidade, os nomes destas unidades não serão mencionados, sendo elas identificadas pela regional a que pertencem. As entrevistas giraram em torno do funcionamento dos serviços de planejamento familiar em suas diferentes etapas, quais sejam, a

[19] Tabela, muco cervical, coito interrompido e temperatura basal.
[20] Centro-Sul, Leste, Venda Nova, Pampulha e Barreiro

divulgação do programa, o funcionamento dos grupos de planejamento familiar, a distribuição de métodos e os problemas de execução encontrados pelos centros.

Apesar de que somente duas das cinco entrevistadas tinham conhecimento do PAISM, todos os C.S. visitados prestam atendimento ginecológico, atenção à gestante do pré-natal ao puerpério, assistência ao climatério, prevenção de DST/AIDS e planejamento familiar, atingindo assim, em teoria, a integralidade na assistência à saúde da mulher, tal como preconizado pelo PAISM. Mas os serviços prestados são fragmentados, não havendo - em termos de assistência - uma conexão clara entre eles. Tal problema já havia sido levantado na entrevista realizada na SES-MG.

Com relação à divulgação do programa de planejamento familiar, ela é feita, como mencionado anteriormente, através de cartazes afixados nos próprios centros de saúde informando a data de realização das reuniões dos grupos. A equipe médica e os agentes comunitários também cumprem um importante papel divulgador, encaminhando mulheres para o programa.

"Às vezes é feita [divulgação]*, às vezes não. A gente coloca, tem uns bilhetinhos, tem cartazes falando do dia, convidando as pessoas pra estarem vindo, né, os médicos vão falando também, tá."* C.S. Leste

"a gente coloca cartazes, tem o agendamento lá né (...), tem os ginecologistas que mandam pro coisa... eu achava, na minha concepção, que fazia, mas (...) eu acho que a gente vai ter que mudar um pouco esse método de informação, sabe, de divulgação que existem os métodos aqui porque tem gente que não tá sabendo." C.S. Centro-Sul

Avaliações sobre a eficácia deste tipo de divulgação variaram, mas somente a entrevistada do C.S. Centro-Sul mencionou uma certa precariedade desta ação. Segundo ela, pesquisas feitas pelo centro e no próprio centro demonstraram que grande parte da população abrangida desconhecia o serviço. Nos outros centros, parece não haver uma reflexão acerca da eficácia deste tipo de divulgação, muito menos haver esforços de aprimora-la.

Em quatro dos cinco CS visitados são realizados reuniões com os grupos de planejamento familiar com periodicidade variando entre quinzenal e mensal. O CS Pampulha não realiza reuniões há cerca de três meses porque a enfermeira responsável está, no momento, envolvida com o Programa de Saúde da Família (PSF), do qual também é responsável pela única equipe existente. Atualmente, ao procurar o serviço de planejamento familiar, as mulheres são orientadas

individualmente pela equipe. Nos grupos direcionados para DST/AIDS, trabalha-se também questões relativas ao planejamento familiar.

O C.S. Leste, além das reuniões quinzenais realizadas no centro, promove, esporadicamente, reuniões de planejamento familiar na própria comunidade, em duas áreas de risco (vilas e favelas) abrangidas por ele. Estas áreas de risco são distantes do C.S., o que dificulta a procura e o acesso das usuárias. Segundo a entrevistada, toda a equipe do centro está envolvida nas reuniões de planejamento, inclusive profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia.

O C.S. Centro-Sul também realiza reuniões quinzenais. A unidade desenvolve grupos masculinos e femininos e planeja desenvolver grupos de adolescentes. A necessidade de realização de grupos distintos para homens e mulheres surgiu do aumento da procura masculina pelo programa de planejamento familiar, principalmente pela camisinha, e do constrangimento que reuniões mistas provocam entre os participantes. As reuniões são realizadas por assistentes sociais e/ou auxiliares de enfermagem.

O C.S. Venda Nova tem seus profissionais subdivididos em quatro equipes trabalhando com áreas específicas da região de abrangência do centro, de acordo com o perfil epidemiológico de cada uma delas. As reuniões de planejamento familiar são realizadas por auxiliares de enfermagem e não existe assistência diferenciada por sexo ou faixa etária. A divisão em equipes é, no caso dos grupos de planejamento familiar, um procedimento organizacional, pois os procedimentos e a abordagem utilizada nas reuniões são os mesmos em todas elas. A periodicidade das reuniões, no entanto, varia de equipe para equipe, dependendo da demanda por planejamento familiar. Geralmente, são realizadas uma vez por mês.

O C.S. Barreiro faz reuniões mensais, realizadas por enfermeiros e médicos em um salão comunitário emprestado localizado nas imediações do centro. Não é feita nenhuma diferenciação entre sexo e faixa etária no funcionamento do planejamento familiar e nas reuniões de grupo.

Com relação ao acesso aos métodos, os usuários escolhem o método que querem utilizar através da participação na reunião de planejamento familiar. Caso escolham a camisinha, são encaminhados diretamente para o cadastramento nas farmácias do centro de saúde. Caso escolham anticoncepcional oral, injetável, DIU, diafragma ou métodos irreversíveis, são agendadas consultas com o ginecologista para a prescrição dos métodos e posteriormente é feito o cadastramento. Estima-se entre 15 e 20 novos usuários(as) por mês em cada centro. O diafragma está disponível, mas a procura por este método é muito baixa em todos os centros visitados. A camisinha feminina não está disponível em nenhum deles.

Em todos os C.S. visitados, foram reportadas descontinuidades no fornecimento dos métodos, mas a distribuição foi considerada regular por todas as entrevistadas.

"assim... às vezes falta camisinha, às vezes falta DIU, às vezes falta algum anticoncepcional, mas... sempre tem algum, entendeu? Não é o que ela tava querendo, mas aí num tem como trocar né? Mas,(...) é regular sim. C.S. Centro-Sul

"às vezes tem faltado algum método, por exemplo, o anticoncepcional. Às vezes ele falta. O injetável faltou um tempo, tá, às vezes um oral também às vezes falta um tempo, mas tem dado [para atender]. Tem a camisinha, as pessoas vão usando outros métodos até chegar o dela." C.S. Leste

Apesar de considerarem a distribuição regular, as entrevistadas admitem que descontinuidades no fornecimento dos métodos contraceptivos são freqüentes, configurando-se como um dos grandes problemas encontrados pelos centros de saúde para o bom funcionamento do programa de planejamento familiar. No entanto, assim como a SMS-MG, acreditam estar atendendo a demanda uma vez que não há limites para cadastramento e participação nas reuniões. Não obstante, é importante ressaltar que, dada a constante falta de métodos, muitas vezes a própria demanda interna – ou seja, pessoas já cadastradas – não é satisfeita. Mas isso não é explícito no discurso das entrevistadas.

Os métodos irreversíveis, esterilização feminina e vasectomia, seguem os trâmites definidos pela lei de planejamento familiar. Podem ser encaminhadas pessoas acima de 25 anos e/ou com dois ou mais filhos. É feita uma orientação específica para este tipo de método, o termo de autorização é assinado por três profissionais (incluídos aí o médico do requerente e a gerente da unidade) e existe um período de espera de 60 dias para a realização da cirurgia, período para o usuário reavaliar sua decisão. O posto de saúde é responsável pelo requerimento da cirurgia e encaminhamento dos pacientes, mas o procedimento cirúrgico é realizado em hospitais da rede pública.

Com relação às atividades educativas realizadas nas reuniões dos grupos de planejamento familiar, a falta de área física adequada para realização das reuniões foi mencionada em três dos cinco centros visitados – Pampulha, Venda Nova e Centro-Sul. O C.S. Leste não apresenta esta limitação e, no Barreiro, a própria comunidade disponibiliza um salão nas proximidades do centro. O material educativo existente para a atividade educativa – pelve de acrílico, prótese peniana e

álbum seriado – é considerado antigo, pobre e escasso em quase todos os centros[21].

"o material que a gente tem é o material mais antigo até, tá. E muitos deles foi o Estado é que encaminhou pra gente. Mas o material educativo a gente mesmo acaba fazendo" C.S.Leste

Com a escassez de material as reuniões tornam-se um 'imenso falatório', existindo a necessidade de mudar a dinâmica de funcionamento dos grupos se se pretende que o caráter educativo do programa seja bem sucedido, segundo três entrevistadas. Outro problema apontado por elas é a abordagem feita nas reuniões, isto é, a falta de uma linguagem que permita que as informações sejam de fato assimiladas pelos participantes.

Ao participar de alguns destes encontros, foi possível perceber que a dinâmica dos grupos assemelha-se bastante com a de uma palestra técnica, na qual os profissionais 'jogam' as informações sobre funcionamento do corpo masculino e feminino, os métodos existentes e disponíveis, bem como suas indicações e contra-indicações. Com duração de cerca de uma hora, as informações são passadas de forma bastante impositiva, não havendo muito espaço para participação e envolvimento das pessoas ali presentes e, conseqüentemente, dificultando a incorporação daquele conhecimento por parte destes[22].

"Às vezes a gente tá falando e tá achando que tá chegando. (...) A gente tá achando que tá falando uma linguagem mais tranqüila, que eles tão entendendo e tudo, mas aí você vai ver que não entende." C.S. Centro-Sul

"uma vez foi dado o planejamento familiar e a enfermeira usou um cabo de vassoura. (...) No cabo de vassoura, então ela explicou [como colocar a camisinha]. *E uma moça colocava a camisinha no cabo de vassoura na casa dela, entendeu? (...) E a gente tem que começar a prestar atenção nisso, no grau de entendimento das pessoas. Ela tava colocando a camisinha no cabo de vassoura – engravidou, claro. Tem coisas que você não imagina, mas que você tem que pôr seu saber à disposição e tentar perceber o quanto as pessoas estão entendendo você. Se às vezes o que parece óbvio não é entendido, né, então a gente tem que prestar muita atenção nisso."*

[21] Com exceção do C.S. Barreiro, que não mencionou nenhum destes problemas relativos às práticas educativas.
[22] Tive a oportunidade de participar de dois grupos de planejamento familiar, nos centros de saúde Centro Sul e Barreiro, em 20/03/2003.

C.S. Venda Nova

A necessidade de mudança na comunicação entre profissionais da saúde e usuárias é de extrema relevância se o caráter educativo do programa tem de fato o peso que, em teoria, lhe é conferido. Os centros enfrentam freqüentes problemas de entendimento das orientações e o uso incorreto dos métodos, levando à gravidezes indesejadas, que poderiam ser sanados se a orientação dada fosse compatível com o público a quem se destina.

Podemos concluir da análise destas entrevistas, primeiramente, que existe um despreparo da rede pública de saúde no que concerne tanto a implementação das políticas propostas pelo PAISM – em especial as relativas ao planejamento familiar – quanto o acompanhamento e avaliação dos serviços prestados. Em segundo lugar, apesar de apontarem várias dificuldades e obstáculos em sua execução, parece não existir uma reflexão crítica a respeito destes, não o suficiente para apontarem necessidades imediatas de melhoria – apostando, muitas vezes, no improviso para sanar as deficiências. Quase todas as entrevistadas – com exceção da SES-MG, que mostrou-se bastante cética – acreditam no sucesso do programa, mas no entanto não dispõem de dados substantivos para avaliar seu funcionamento.

CONCLUSÃO

No Brasil, desde a década de 60, o número médio de filhos por mulher tem apresentado forte redução. Fatores econômicos, políticos e sociais interferiram neste processo, conforme analisado na Seção 1 deste artigo. No entanto, a transição da fecundidade no país se deu de forma desigual, considerando aspectos regionais, sócio-econômicos e de raça/cor, sendo as mulheres brancas urbanas, de maior poder aquisitivo e escolaridade as que apresentaram maior redução no número de filhos (IBGE, 2002; BERCOVICH, 1991). O PAISM, implementado em 1986, representa a única iniciativa do poder público na regularização da assistência à saúde da mulher e no fornecimento de métodos contraceptivos.

Buscamos, neste trabalho, analisar o programa de planejamento familiar, inserido dentro do PAISM, no município de Belo Horizonte. A análise consistiu em duas etapas distintas. Primeiramente, com os dados levantados pelo projeto *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça* (SRSR – Cedeplar/UFMG), analisamos o perfil sócio-econômico das usuárias da rede pública de saúde, o conhecimento e a procura pelo planejamento familiar oferecido nos postos de saúde do município, bem como o uso de contraceptivos e o conhecimento do ciclo reprodutivo.

Posteriormente, foi feito um estudo qualitativo do planejamento familiar em Belo Horizonte, onde foram entrevistadas as gestoras estadual e municipal do planejamento familiar e responsáveis e/ou atuantes neste programa em cinco postos de saúde do município.

Por considerar aspectos sócio-econômicos os fatores mais relevantes no concernente à fecundidade, à ocorrência de gravidezes não desejadas, bem como ao acesso e uso de contraceptivos, tínhamos como hipótese que o diferencial entre brancas e negras explicava-se pela concentração destas nas camadas sociais inferiores e, logo, pelo seu menor acesso à serviços de saúde de qualidade. Neste sentido, os dados do projeto SRSR corroboram nossa hipótese ao indicar que 63.98% das mulheres negras não dispõem de plano de saúde e 50% destas procuram o posto de saúde quando necessitam de atendimento ginecológico. A análise dos dados permitiu também explicitar o fosso educacional existente entre brancas e negras, diferencial este sintomático da inserção destas no mercado de trabalho.

A análise do funcionamento do programa de planejamento familiar em Belo Horizonte permite, portanto, diagnosticar a situação das mulheres negras do município no que diz respeito à possibilidade de exercerem seus direitos e preferências reprodutivas. A grande maioria das mulheres negras pratica a contracepção, no entanto, o fato de 60.71% das negras desconhecerem o período fértil é indicativo de seu acesso à orientação médica, bem como da qualidade da informação disponível à estas mulheres.

Baseado na análise das informações levantadas neste trabalho, pode-se dizer que os serviços concernentes ao planejamento familiar prestados pelos centros de saúde pesquisados em Belo Horizonte são marcados por um forte caráter de improviso na execução das ações propostas.

No discurso das gestoras do planejamento familiar, em todas as instâncias investigadas, o grande obstáculo ao bom funcionamento do programa é a descontinuidade do fornecimento de métodos contraceptivos. Apesar de existirem esforços do Ministério da Saúde para regularizar a distribuição, esta ainda está bastante aquém da demanda da população.

Problemas como área física inadequada, a formação dos profissionais envolvidos, falta e/ou precariedade de material educativos também foram mencionados. As práticas educativas, tidas como o centro condutor do programa, parecem-se mais com palestras técnicas, inclusive muitas vezes com linguagem inadequada. No fim, tais práticas tornaram-se mais um procedimento burocrático obrigatório para o recebimento dos métodos do que um espaço no qual, além de receber informações, a mulher possa questionar, participar e incorporar aquele conhecimento para de fato ‘vivenciar sua sexualidade de maneira saudável’.

Estes resultados estão em consonância com as conclusões da avaliação realizada pela

Organização Não-Governamental Mulher e Saúde em estudo realizado na região administrativa Leste de Belo Horizonte, em 1999 (MUSA, 2000). É possível notar que, três anos depois, as deficiências e dificuldades parecem permanecer as mesmas, não havendo sinais detectáveis de um avanço qualitativo na prestação dos serviços.

Rua (1998), ao discorrer a respeito das regularidades e dificuldades das políticas públicas no país, argumenta que decisões e ações tendem a ser pensadas a partir da oferta, muito raramente a partir da demanda, sendo os instrumentos de avaliação muitas vezes inadequados ou precários e os mecanismos de controle social incipientes ou inexistentes. Os descompassos entre oferta e demanda acarretam desperdícios de recursos, lacunas no exercício da cidadania, frustração social, perda de credibilidade governamental, desconfiança e óbices à plena utilização do potencial de participação dos atores sociais. Além disso, a autora detecta uma perspectiva linear, vertical e planificadora das políticas públicas na qual existe uma clivagem entre formulação e implementação destas.

Tal perspectiva deriva de uma cultura que enfatiza a formulação das políticas públicas, tomando a implementação como dada e tendo por conseqüência uma tendência à centralização, à reduzida autonomia das agências implementadoras, à baixa adaptabilidade dos modelos adotados e à fragilidade destas agências – resultando em um desperdício de recursos pela ineficácia das políticas públicas. Mostra-se desta forma a incapacidade do governo de implementar e tornar efetivas as decisões tomadas e de assegurar continuidade às políticas formuladas (RUA, 1998).

Pode-se argumentar, a partir das análises aqui realizadas, que o programa de planejamento familiar não foge à regra, sendo a sua execução responsabilidade de postos de saúde mal equipados e mal preparados para atender a demanda existente e incapazes de oferecer informação de qualidade acerca da sexualidade e saúde reprodutiva feminina. Para que os ideais propostos na elaboração do PAISM – e do planejamento familiar - tornem-se realidade, faz-se premente uma mudança na condução do programa, especialmente no concernente às suas intenções educativas, que mostraram-se ainda muito precárias e ineficientes na educação das mulheres para a contracepção. E, neste sentido, são as mulheres negras as mais prejudicadas pela baixa qualidade dos serviços oferecidos.

APÊNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, segundo o exercício de atividade remunerada, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Exercício de atividade remunerada	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
Com atividade, sem carteira	**27.41**	46.455	**22.22**	48.409	**32.73**	6.228	**24.87**	101.092
Com atividade, com carteira	**21.47**	36.382	**30.88**	67.297	**6.50**	1.236	**25.82**	104.915
Funcionária Pública	**6.23**	10.565	**5.27**	11.492	**7.90**	1.502	**5.80**	23.559
Autônoma	**15.02**	25.450	**10.57**	23.040	**11.35**	2.159	**12.46**	50.649
Desempregada/dona de casa	**29.87**	50.624	**31.06**	67.674	**41.52**	7.899	**31.05**	126.197
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 2: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, segundo a escolaridade (em anos de estudo), por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Anos de estudo	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
0-3	**5.46**	9.257	**7.59**	16.532	**31.55**	6.004	**7.82**	31.793
4-8	**32.96**	55.857	**46.49**	101.309	**38.33**	7.291	**40.47**	164.457
9-11	**30.24**	51.242	**35.84**	78.100	**30.12**	5.729	**33.23**	135.071
12+	**31.06**	52.634	**9.48**	20.650	**0.00**	0	**18.03**	73.284
Não respondeu	**0.29**	486	**0.61**	1.321	**0.00**	0	**0.44**	1.807
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 3: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, segundo o acesso a plano de saúde, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Plano de saúde	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
Não tem	**44.92**	76.123	**63.98**	139.429	**85.36**	16.239	**57.03**	231.791
Tem	**55.08**	93.353	**36.02**	78.483	**14.64**	2.785	**42.97**	174.621
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 4: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, segundo o local procurado para atendimento ginecológico, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Onde procura atendimento	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
SUS (hospital/maternidade)	**3.24**	5.484	**4.05**	8.832	**21.23**	4.039	**4.52**	18.355
Posto de saúde	**29.35**	49.734	**50.07**	109.099	**56.75**	10.795	**41.74**	169.628
Plano de saúde/convênio	**52.16**	88.391	**32.17**	70.097	**13.70**	2.606	**39.64**	161.094
Particular	**15.26**	25.867	**9.84**	21.452	**6.48**	1.234	**11.95**	48.553
Nunca foi ao ginecologista	**0.00**	0	**3.66**	7.983	**1.84**	350	**2.05**	8.333
Não respondeu	**0.00**	0	**0.21**	449	**0.00**	0	**0.11**	449
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 5: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, que já procuraram alguma vez hospitais públicos e postos de saúde para o fornecimento de métodos contraceptivos, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Já procurou?	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
Não	**60.85**	103.126	**48.00**	104.587	**25.47**	4.844	**52.30**	212.557
Sim	**21.02**	35.620	**36.88**	80.362	**62.77**	11.941	**31.48**	127.923
Não oferece/Não sabe	**18.13**	30.730	**15.13**	32.963	**11.76**	2.239	**16.22**	65.932
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 6: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, que procuraram, no último ano, postos de saúde para o fornecimento de métodos contraceptivos, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

No último ano, procurou posto?	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
Não	**12.13**	20.560	**19.47**	42.422	**39.05**	7.429	**17.33**	70.411
Sim	**8.89**	15.059	**17.41**	37.940	**23.72**	4.513	**14.15**	57.512
Nunca procurou/NS	**78.98**	133.857	**63.12**	137.550	**37.23**	7.082	**68.52**	278.489
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

Tabela 7: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, segundo o conhecimento do ciclo reprodutivo, por raça/cor – Belo Horizonte, 2002

Conhecimento do ciclo	*Branca*		*Negra*		*Outra*		*Total*	
	%	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*
Desconhece/resposta incorreta	**39.16**	66.369	**60.71**	132.302	**70.31**	13.375	**52.18**	212.046
No meio do ciclo	**60.84**	103.107	**39.29**	85.610	**29.69**	5.649	**47.82**	194.366
Total	**100**	169.476	**100**	217.912	**100**	19.024	**100**	406.412

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. 1997. *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Protocolos e Rotinas.*

BERCOVICH, A.M. 1991. "Considerações sobre a fecundidade da população negra no Brasil". In: Lovell, P.A. (org.). Desigualdade racial no Brasil contemporâneo*. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, p. 309-39.*

BERQUÓ, E. 1994. "Esterilização e raça em São Paulo". In: Revista Brasileira de Estudos Populacionais *11 (1), p. 19-26.*

BRASIL. Ministério da Saúde. 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde (série B: Textos Básicos de Saúde, 6).*

CARVALHO, José Alberto M. de, Paulo .T.A. Paiva e Donald R. Sawyer. 1981. "The Recent Sharp Decline in Fertility in Brazil: Economic Boom, Social Inequality and Baby Bust, Working Paper Nº 8." New York: Population Council.

CARVALHO, José Alberto Magno de e Laura Rodriguez Wong. 1996. "The Fertility Transition in Brazil: Causes and Consequences." in *The Fertility Transition in Latin America*, edited by J.M. Guzmán, et al. New York: Oxford University Press Inc.

CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. 1999. "Revisão Geral e Avaliação da Implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento." Nova Iorque: 21ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas

COSTA, A. *O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada.* S.P.: Comissão de Cidadania e Reprodução, Dezembro de 1992

FARIA, Vilmar E. 1989. "Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Conseqüências Não Antecipadas e Efeitos Perversos." In: *Ciências Sociais Hoje*, 62-103

*IPEA. 1996. "*Economia Brasileira em Perspectiva*". Rio de Janeiro: IPEA*

MARTINE, George. 1995. "Brazil's remarkable fertility decline: a fresh look at key factors," *Harvard Working Paper Series nº 95.04*.

MUSA- Mulher e Saúde. 1994. *Avaliação do PAISM em M.G.* Belo Horizonte.
(mimeo)

MUSA- Mulher e Saúde. 2000. Conhecimento de Situação de Assistência à Saúde da Mulher nos centros de Saúde da Região Leste de B.H.*. Belo Horizonte. (mimeo)*

MUSA – Mulher e Saúde. 2002. "Grupos de Planejamento Familiar dos Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede". In: Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, *4-8 de novembro.*

PAIVA, Paulo T.A. 1984a "Fifty Years of Population Growth and Labor Absortion in Brazil: from

1950 to 2000," Conference on Population Growth and Labor Absorption in the Developing World, Bellagio, July.

_____. *1984b. "The Process of Proletarianization and Fertility Transition in Brazil."* Textos para Discussão 15. *Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG.*

PERPÉTUO, I.H.G. 2000. "Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva" In: Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, 23-27 de outubro.*

ROCHA, Sônia. 2000. "Pobreza e Desigualdade no Brasil: O Esgotamento dos Efeitos Distributivos do Plano Real," IPEA: Textos para Discussão nº 721.

RUA, Maria das Graças. "As políticas públicas e a juventude dos anos 90". In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*, vol.2. CNPD, 1998.

SOUZA, Celina. 1997. "*Constitutional Engineering in Brazil: The Politics of Federalism and Decentralization*". New York: St. Martin's Press, Inc.

WONG, Laura R.; Badiani, R.; Quental, I. 1998. "Achados e Perdidos sobre Saúde Reprodutiva na PNDS – 1996." In: *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 15(1)

WOOD, Charles H. e José Alberto M. de Carvalho. 1988. "*The Demography of Inequality in Brazil*". Cambridge: Cambridge University Press.

Bolsista Elizangêla Aparecida Braga

UMA ANÁLISE DA CONTRACEPÇÃO SOB A ÓTICA RACIAL: A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE EM 2002

Relatório final referente ao Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor–SRSR; desenvolvido pelo Cedeplar/UFMG e financiado pela Fundação Ford.

Coordenadores: Paula Miranda-Ribeiro e
André Junqueira Caetano.
Orientadora: Taís de Freitas Santos.

BELO HORIZONTE, MG
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CEDEPLAR/UFMG
MAIO 2003

INTRODUÇÃO

Como detectado em alguns estudos de caráter demográfico, o Brasil tem assistido a constantes quedas em suas taxas de fecundidade, o que obrigou o governo a mudar suas políticas populacionais. Alguns exemplos podem ser mencionados, mas à título de ilustração se pode citar a Lei 9600/98 que normatizou a assistência à anticoncepção no SUS e estabeleceu uma série de providências neste campo. Estas, sob efeito de uma nova visão disseminada mundialmente tanto sobre sexualidade e quanto sobre saúde reprodutiva. O processo dinâmico por qual passa a sociedade fez com que conceitos e valores fossem alterados bem como comportamentos e atitudes.

O novo século que se iniciou, se apresenta dotado de uma extrema e complexa mudança nas relações humanas, o que por sua vez, tem proporcionado profundas transformações sociais. O exercício da sexualidade, incluindo a sua ligação com o conhecimento e uso de métodos contraceptivos está inserido nesse contexto de mudança. Como categorias estreitamente associadas, devemos pensar além da sexualidade, em questões relacionadas à saúde reprodutiva e gênero, conceitos novos que surgiram em decorrência das transformações ocorridas na sociedade atual.

Na década de noventa, como resultado de uma série de fatores e iniciativas, surge um conceito amplo sobre saúde sexual e reprodutiva. Várias questões são repensadas e às mulheres é atribuída uma posição, que por muito tempo lhes foi negada: a de sujeitos dotados de direitos e sobretudo capazes de exercê-los no campo da sexualidade.

É inegável ainda, o caráter positivo e o avanço que tem significado o surgimento de um campo de conhecimento que privilegie a sexualidade, vinculando-a a saúde. No entanto, há que se lembrar que outros fatores, como a epidemia de AIDS por exemplo, com sua crescente feminização, e outras doenças sexualmente transmissíveis que vitimizam a população mundial, têm atuado no sentido oposto, dificultando a vivência da sexualidade de forma saudável e satisfatória

Várias pesquisas realizadas tanto em âmbito local quanto nacional apontam evidências acerca de um conhecimento generalizado de métodos contraceptivos. Essas mesmas pesquisas discorrem sobre a incidência da esterilização feminina e da pílula hormonal como os métodos mais utilizados pelas mulheres. Esse quadro muitas vezes, nos conduz a falsas impressões sobretudo em relação ao acesso e à informação universais por parte dessa população sobretudo em relação à outros tipos de métodos contraceptivos. Vários fatores podem ser destacados como incidentes sobre o conhecimento e utilização de métodos contraceptivos: a classe social, o nível de instrução, os estereótipos ligados à categoria gênero, a prática sexual, a religião, a raça/cor, entre outros.

Tendo em vista a abordagem da contracepção dentro do conceito de saúde reprodutiva- este último entendido enquanto item fundamental ao exercício da cidadania em sua acepção plena- em oposição às condições precárias e mesmo sofríveis de saúde ainda recorrentes no país, o objetivo deste trabalho é analisar o conhecimento e uso de métodos contraceptivos, fazendo um recorte por raça/cor, para o grupo de mulheres de 15-59 anos nas cidades de Recife/PE e Belo Horizonte/MG. Se buscará fazer alguns apontamentos sobre a saúde reprodutiva dessa população tentando identificar possíveis diferenciais quando por variável dependente se utilizar as auto-classificações feitas pelas entrevistadas quanto a sua raça/cor.

O estudo aqui proposto será operacionalizado através da análise exploratória (freqüências e tabulações cruzadas) do banco de dados gerado pela Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor, desenvolvida nas cidades de Belo Horizonte/MG e Recife/PE no ano de 2002 pelo CEDEPLAR/UFMG, junto à população feminina de 15-59 anos. Basicamente, será apresentado um panorama geral destas duas cidades agrupadas, no sentido de esboçar a contracepção, associando-a à raça.

Na primeira parte deste estudo, será feita uma contextualização sobre as mudanças significativas relacionadas à forma de conceber a sexualidade assim como seu exercício. Associados à essas mudanças ou muito em função das mesmas, refazer o caminho percorrido para a formatação dos conceitos de saúde reprodutiva e de gênero, essenciais à compreensão e análise da realidade que se apresenta em termos de conhecimento e uso de métodos contraceptivos. Serão ainda abordadas questões relacionadas às políticas populacionais isto é, o posicionamento dos governos frente ao tema e sobretudo as diferenças encontradas quando pensada à questão racial no Brasil. Em suma, através da explanação e conexão dos conceitos de gênero, saúde reprodutiva e raça mapear as transformações que fizeram com que chegássemos à realidade atual, onde, embora a saúde sexual e reprodutiva seja um direito legalmente conquistado, na prática não constitui realidade na vida de muitas mulheres. Ao explorar o impacto e por conseguinte a importância na sociedade contemporânea do conceito de saúde reprodutiva, se pretende estar sempre o vinculando ao conhecimento e a utilização de métodos contraceptivos fazendo recorte racial. Pelo exposto até aqui, se torna indispensável abordar também nesta parte, discussões sobre a situação da população feminina negra perante o tema contracepção.

Embora exista uma carência de estudos na área e os movimentos sociais, em especial o Movimento de Mulheres Negras tenham se manifestado, a fim de sensibilizar a população para a causa, a ênfase dada ao fator raça é justificada por especulações sobre a possível precariedade da

saúde sexual da população negra. A relevância de um trabalho dessa ordem se justifica pela necessidade de produzir uma visão geral de como a população trabalhada tem se posicionado quando a contracepção é tema, tornando possível um direcionamento das iniciativas por parte dos setores envolvidos, sejam estes civis ou governamentais.

Discutir saúde reprodutiva sob a ótica racial se tornou relevante em virtude das condições desfavoráveis nas quais vivem a população negra em nosso país nos seus mais variados aspectos. Ao congregar saúde reprodutiva e raça, temas que ainda podem ser considerados "tabus" na sociedade brasileira, se estará privilegiando grande parcela da população marginalizada em seus direitos.

No segundo momento do estudo, serão apresentadas a metodologia utilizada, as variáveis selecionadas e a forma de construção do banco de dados. Posteriormente, serão apresentados os resultados encontrados pela pesquisa realizada nos municípios de Belo Horizonte/MG e Recife/PE.

Pretende-se, através das informações contidas na amostra, apresentar o quadro esboçado nas cidades de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, tendo como parâmetro a realidade delineada por pesquisa realizada em âmbito nacional isto é, a DHS/96 cujo tema aqui trabalho recebeu destaque e também achados da PSFNe/91 realizada apenas no Nordeste do Brasil. Deve-se salientar aqui que embora a DHS/96 não forneça uma análise no nível municipal, serve como indicador da realidade contraceptiva no contexto brasileiro. O objetivo do estudo proposto é acima de tudo pontuar o conhecimento e uso de métodos contraceptivos em relação à variável raça, comparando duas importantes metrópoles brasileira.

Outro ponto que merece destaque é a possibilidade de esboçar um quadro pensado no nível mais micro, uma vez que a amostra permite tal exercício (amostra representativa). A cidade de Belo Horizonte/MG, metrópole representativa do Sudeste, assim como as cidades de Recife/PE no Nordeste, constituem juntas um bom referencial, por se tratarem de destaques em suas respectivas regiões e estarem incrustadas em realidades diferentes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS CONCEITOS UTILIZADOS NO ESTUDO

Ainda que o objetivo desse estudo seja refletir sobre alguns tópicos relacionad0s à saúde sexual e reprodutiva que emergiram da pesquisa conduzida no Recife/PE e em Belo Horizonte/MG, considera-se fundamental apresentar, algumas questões de caráter mais amplo, bem como o caminho transcorrido para que vários dos conceitos ligados ao tema fossem formulados.

SEXUALIDADE, GÊNERO E SAÚDE REPRODUTIVA

Antes de se falar em conhecimento e uso de métodos contraceptivos, seria conveniente esclarecer que o tema será abordado dentro de novas perspectivas. Um primeiro fato para o qual se deve atentar refere-se ao surgimento, na década de noventa, do conceito de saúde sexual e reprodutiva e as conseqüências de tal fato. Também lembrarmos que ao sofrer sensíveis transformações, a sociedade muda sua forma de conceber a sexualidade sobretudo a feminina, visualizando-a em suas peculiaridades e possibilitando o florescimento da categoria gênero. Tal categoria viria a compor o cenário que tornou possível se falar em saúde sexual como um direito de cidadania.

O campo da saúde sexual e reprodutiva é, como bem destaca GOGNA et.al (1999), o encontro de três domínios que muitas vezes foram trabalhados separadamente: sexualidade, gênero e saúde esta última no sentido de bem estar físico e mesmo psicológico. A autora salienta a necessidade de se trabalhá-los de forma inter-relacionada, especialmente quando estamos pensando na prevenção de DSTs e HIV e vivendo numa sociedade sob o signo de tais ocorrências.

Temas relacionados à sexualidade não são fáceis de serem trabalhados. Considerada como tema multidisciplinar por ser tratada em inúmeras áreas do conhecimento, a sexualidade pode ser definida como um fenômeno essencialmente humano, onde as relações interpessoais são mediadas pelo sexo, tendo este, múltiplas finalidades e sentidos.

Por muito tempo a sexualidade esteve vinculada à dicotomia sexo/reprodução, tendo sua relevância sido traduzida em muitas sociedades através da formulação de leis, sanções e discursos reguladores que, respeitando as diferenças inerentes a cada cultura em particular, acabaram por manter ou mesmo fomentar a assimetria entre os sexos, com destaque para a repressão à sexualidade feminina, conforme apontado POR CÉLIA AMORÓS, apud ÀVILA et.al (1999:72):

> "A idéia de natureza como paradigma legitimador servirá aqui para sansionar que o lugar da mulher continue sendo a natureza, com as conotações que tinha no primeiro sentido (no Antigo Regime) como aquilo que deve ser dominado, controlado, domesticado. A mulher é agora natureza por ¨natureza¨; é a própria natureza, a ordem natural das coisas, que a define como parte da natureza. Assim, para Rousseau (o filósofo do "Contrato Social"), por natureza o homem pertence ao mundo exterior e a mulher ao interior – encaixando assim na dicotomia natureza/cultura a dicotomia interior/exterior - que adquire especial relevância na sociedade burguesa capitalista".

Passando pelo campo de interdições e amplificação de discursos e se consolidando no Séc.XVII através da medicina, a sexualidade na perspectiva de VILELLA (1999) detém a função de um organizador social que permeia as relações das pessoas entre si e consigo mesmas em diferentes esferas da vida. A Psicanálise no final do séc. XIX foi a primeira a propagar um discurso positivo sobre sexualidade, vendo-a como parte constitutiva da identidade humana, porém ainda como fonte de problemas psíquicos. Todo esse processo de entendimento da sexualidade humana foi simultâneo à sensíveis alterações ocorridas na sociedade. Instituições sociais de base sólida como o patriarcalismo, com todo seu sistema de relações sofreram significativos abalos, como bem destaca CASTELLS (1999): a inserção da mulher no mercado de trabalho, os avanços tecnológicos ocorridos nas ciências biomédicas, os movimentos sociais com destaque para o movimento feminista e as conseqüências da rápida difusão de idéias no chamado "mundo globalizado", propiciaram transformações na estrutura patriarcal familiar e nas normas sexuais. Contudo, a sexualidade permaneceu encarada de forma preconceituosa, principalmente por pertencer ao aspecto privado da vida dos indivíduos, conforme demonstrada em citação anterior.

Quando pensamos no comportamento vinculado à sexualidade fica nítida a existência de diferenciais de gênero, sendo necessário inicialmente deixar claro o significado do termo, ainda envolvido em uma série de ambigüidades. HARAWAY (1991) vê como ponto de partida para as diferentes significações concedidas ao termo, a observação de Simone de Beauvior, que ainda em 1949 já enunciava que "não se nasce mulher". Tal afirmativa, conjugada às condições sociais do pós-guerra, possibilitou a construção da imagem das mulheres enquanto coletivo histórico e, portanto, sujeitos em processo. Essa realidade leva à compreensão da categoria gênero como uma forma de contestação à diferença sexual baseada em determinantes biológicos, comum dentro da sociedade.

Ainda dentro da construção dessa categoria, SCOTT (1995:86) trabalhou gênero como um conceito composto no qual os elementos operam simultaneamente, isto é, um conceito formado por uma série de partes que interrelacionadas lhe dão sentido. Segundo a autora, gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos (símbolos culturalmente disponíveis, conceitos normativos, concepção política com referência às instituições e à organização social, identidade subjetiva). Além disso, gênero é uma forma de dar significação às relações de poder, através dele o poder é articulado. Este aspecto em especial se conecta com o que MACHADO (apud FOUCAULT: 1979) enfatiza, quando na visão foucaultiana, denota a existência do poder enquanto práticas e relações. Assim trabalhado, poder surge como algo que se

exerce, que se efetua, e não como algo que se detém. A categoria gênero, conforme mencionado por SCOTT( ) , enfatiza os sistemas de relações que podem incluir sexo, mas que vão além.

Como resultado da importância crescente que a categoria gênero assumiu na sociedade contemporânea, as Nações Unidas acrescentaram o Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero (IDG) em seus Relatórios sobre o Desenvolvimento Humano. Este índice, conforme aponta SANTANNA, é *"um instrumento de mensuração das desigualdades entre homens e mulheres em âmbito global."* (2001:16). A PNDS/96 (1999), em seus relatórios já destacava a forma como as mudanças no comportamento em função da epidemia da AIDS, estavam atuando diferentemente entre homens e mulheres assim demonstrando a relevância de se considerar os diferenciais de gênero: os homens foram os que mais mudaram seu comportamento sexual: 48°/o, contra 17°/o das mulheres.

No que se refere ao terceiro elemento da tríade, saúde sobretudo como saúde reprodutiva se desenvolveu no Brasil, há que se ter em mente algumas transformações ocorridas no país, especialmente no campo demográfico e nas estruturas sociais, tais como o aumento da longevidade, desvinculação entre sexualidade e reprodução, relações de gênero , processos de individualização e surgimento/desenvolvimento de novas tecnologias.

Um ponto que merece destaque é o "declínio da fecundidade brasileira", evidenciado pela Taxa de Fecundidade Total (TFT), o que denota, de certa forma, uma disseminação e utilização de métodos contraceptivos, embora em escalas e formatos distintos para as regiões do país. A taxa de fecundidade é um fator que atua de forma contundente sobre o ritmo de crescimento da população, daí sua importância. O processo de declínio iniciado na década de sessenta se acelerou nos anos oitenta, chegando o país no final do milênio com uma taxa de 2,3 filhos por mulher, segundo o IBGE ( ).

O debate em torno da temática sobre a queda da fecundidade fomentou estudos que tentaram explicar tal fenômeno, desvinculando-o das teorias de modernização do país. Autores como ÁVILA (apud VELEDA, 2000) justificam o fato como causa direta de um "violento aumento de miséria social". Outros, seguindo a mesma linha de raciocínio, se valem do empobrecimento generalizado e mesmo de uma proletarização crescente e queda do padrão de vida da população. GIFFIN (apud VELEDA, 2000) chama atenção para a motivação do uso de anticoncepcionais no Brasil:

> "... foi provocada pelos processos de urbanização e industrialização que se traduziram numa perda das atividades produtivas antes organizadas pela família,

> na necessidade de venda da força de trabalho e na perda do valor econômico dos filhos".

Mas foi CARVALHO et alii (1981), que conectou de forma mais expressiva a queda da fecundidade com a proletarização ocorrida no país. Segundo ele, a aceleração da queda da fecundidade possuía um caráter estrutural dada a proletarização, e um cíclico, em virtude da queda do padrão de vida entre os segmentos sociais. Além de pioneira, tal análise serviu de modelo para pesquisas subsequentes.

No conjunto das inúmeras transformações ocorridas no país, dotadas de caráter cultural, se alteraram valores e, por conseguinte, se alterou o contexto familiar. Grande destaque deve ser dado ao papel exercido pela mulher no conjunto dessas transformações, sobretudo à sua inserção no mercado de trabalho. Mas quais as implicações deste contexto para a questão da saúde da mulher, na acepção aqui abordada? A resposta se tornará menos complexa se visualizarmos como foram tratadas as políticas populacionais e a questão reprodutiva no Brasil.

A desvinculação entre sexualidade e reprodução, as uniões legais deixando de ser o espaço privilegiado de exercício da sexualidade, o grande número de mulheres contaminadas pelo HIV, as diferenças em relação ao tempo de exposição ao risco de contágio e mesmo o conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis apresentam padrão diferenciado entre homens e mulheres. Como destaca GOLDANI (1999:61):

> "Enfim na busca de entendimento sobre o papel das relações de gênero e comportamentos associados, haveria que considerar, ainda, que o maior acesso aos meios de comunicação e recursos financeiros entre os homens, somados à definição social de papéis e práticas sexuais femininas e masculinas, responderiam pelas diferenças de percepção e comportamento do HIV e outras DSTs"

O conceito de saúde reprodutiva pode ser caracterizado enquanto fenômeno "reflexo" do impacto das conceituações de gênero, isto explica a necessidade de abordar tal categoria incisivamente . O conceito de gênero reconheceu a mulher como portadora de uma sexualidade que não mais estava ligada à sexualidade masculina. A mulher então, dentro dessa nova perspectiva têm necessidades e direitos sobretudo no que tange ao exercício de sua sexualidade

AS MULHERES E AS POLÍTICAS POPULACIONAIS

Os primeiros programas voltados à saúde da mulher no aspecto que tange a reprodução foram dotados de uma ênfase fortemente direcionada ao enfoque de controle do tamanho da população. Historicamente, várias fases puderam ser identificada começando pela pró-natalista.

Após tal período veio a fase controlista (anti-natalista), onde a preocupação se centrou basicamente na preocupação com a possibilidade de uma explosão demográfica, ameaça amplamente difundida por países como os Estados Unidos. Além dessas, se pode ainda detectar um período que poderia ser caracterizado por certa "apatia do governo", ou seja foi nesta época que organizações civis financiadas por entidades estrangeiras, como a BEMFAM –Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil e a CPAIMC- (Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança), atuaram intensamente no país.

Por fim, em virtude de um contexto internacional que exigia posicionamentos, se chegou à fase onde a realização de políticas efetivas voltadas para a saúde da mulher se tornou prioridade. Tais exigências podem ser exemplificadas através das Conferências Mundiais de População e da articulação de diversos atores envolvidos com a causa.

As primeiras iniciativas desenvolvidas das entidades que atuaram no Brasil no intento de desenvolverem ações voltadas à "saúde da mulher" foram eficazes mas no que tange ao aspecto demográfico. Pôde-se constatar o recrutamento de usuárias de método de alta eficácia sem que fossem consideradas as reais necessidades e preferências das mesmas. Como destaca DÍAZ et al (1999), havia uma falta de preocupação com a qualidade dos serviços expressa na falta de escolha livre por parte das usuárias dos métodos contraceptivos que melhor se ajustassem às suas necessidades, existência de informações deficientes sobre tais métodos ocasionando utilização incorreta destes e gerando muitas vezes uma descontinuidade no uso, bem como a disseminação no senso comum de crenças que colocaram a esterilização feminina como melhor opção e permanecem ainda hoje incrustadas no imaginário de muitas pessoas. A título de ilustração, se pode citar o DIU(Dispositivo Intra-Uterino), que embora de alta eficácia na proteção contra uma gravidez indesejada e ofertado gratuitamente pelos programas de assistência do governo, ainda é considerado abortivo por inúmeras mulheres que desconhecem sua atuação.

A indução quanto ao uso de métodos pôde ser constatada em avaliações de vários programas dotados desse caráter e ainda hoje pesquisas de caráter qualitativo detectam a falta de uma atenção humanizada à saúde da mulher ou seja, aquela onde o foco central está na usuária do serviço, considerando-a em suas necessidades e preferências. Em estudo recente realizado por (CHARCHAN,2000), junto aos técnicos que ofertam os Programas de Planejamento Familiar nas unidades básicas de atendimento da cidade de Belo Horizonte/MG; vários entraves foram detectados inviabilizando uma efetiva concretização das propostas e do que inúmeras leis propõem

. Casos como a falta de espaços adequados, insuficiência de recursos materiais e mesmo a falta de profissionais devidamente capacitados para realização de tais ações foram constatados.

A causa deste quadro pode ser atribuída, ao desequilíbrio de poder na relação provedor/usuária o que impossibilita o chamado atendimento humanizado. A própria ênfase dos programas se concentra na recuperação e tratamento de patologias já existentes em detrimento de iniciativas preventivas. O próprio conceito de saúde, durante muito tempo foi trabalhado apenas como ausência de doenças, refletindo na edificação da "cultura curativa do brasileiro". Tal estratégia fez com que o papel educativo, hoje fortemente aclamado como paradigma dos programas voltados à saúde reprodutiva, fosse ignorado ainda que estimular o caráter educativo em tais iniciativas já constituísse uma preocupação internacional.

A ênfase no atendimento integral à saúde da mulher começaria a ser mudado no começo dos anos oitenta, com a inserção do conceito de qualidade na atenção à saúde, principalmente em decorrência das pressões de inúmeros setores sobremaneira dos movimentos feministas internacionais e de grupos organizados de mulheres locais. Foi a partir desse referencial que surgiu o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), construído sobre princípios de atendimento abrangente ou seja, considerando a mulher nas diversas etapas de sua vida e, portanto, caracterizado pela integralidade nas suas ações e por uma sincronia entre promoção, recuperação e proteção à saúde. Foi um passo importante por parte do governo, mas o que chama atenção foi o envolvimento das mulheres no debate e na reflexão do lugar ocupado pelas mesmas dentro da sociedade.

Ainda que na prática sua efetivação tenha deixado muita a desejar, o PAISM constituiu um marco. Idealizado em 1983, implementado em 1986 e caracterizando a primeira iniciativa governamental efetiva referente à saúde Reprodutiva, constituiu-se num verdadeiro avanço, uma vez que foi a primeira iniciativa a considerar a saúde da mulher como base para o programa de planejamento familiar. É importante salientar que, embora o país já passasse por um processo de reforma sanitária fundada em princípios como integralidade das ações voltadas à saúde, o texto de ação programática do PAISM (1983) continuava inovador, prevendo:

> "..em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução ;a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras forma s mais compatíveis com sua estrutura organizacional".

Um ponto importante referente ao PAISM destacado por COSTA (1992), é que do ponto de vista operacional, tal programa tinha como premissa ações educativas que fossem capazes de promover na mulher o conhecimento de seu próprio corpo, alertando para o caráter participativo das metodologias utilizadas. Tal conduta possibilitaria um aproveitamento do conhecimento que as usuárias detivessem, propiciando assim um intercâmbio de informações dentro dos grupos realizados. Embora dotado de um caráter inovador para a época, tal programa continuava centrando o ônus da reprodução e seu controle sobre a mulher. Existe mesmo uma corroboração da ciência e da indústria que desenvolve métodos para os sexos em escalas diferentes, privilegiando os métodos femininos que acabam por existir em maior quantidade e sendo mais acessíveis.

Ainda na década de oitenta, foi promulgada a Constituição Federativa do Brasil que em seu artigo 226 parágrafo 7, creditava ao casal a livre decisão quanto ao Planejamento Familiar e atribuía ao Estado a função de propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do que considerou como direito fundamental. O surgimento do Sistema Único de Saúde também trouxe novas perspectivas no tocante a atenção à saúde.

Em todo processo de desenvolvimento de políticas populacionais de atendimento à saúde reprodutiva, desde o PAISM até as leis reguladoras do planejamento familiar, que surgiriam efetivamente na década posterior para reforçar os preceitos da Carta Magna, a idéia de educação/formação foi abordada enquanto a forma encontrada de tratar indivíduos como verdadeiros sujeitos de direitos. Neste sentido, o Ministério da Saúde em seu Manual de Assistência ao Planejamento Familiar faz clara referência à adequação dos materiais utilizados, compatibilizando aconselhamento/educação e atentando para que estes programas considerassem a linguagem cultural e o nível de instrução dos clientes.

A década de noventa trouxe uma nova realidade, muito em função dos questionamentos que culminariam na formulação do conceito de saúde reprodutiva. Esse conceito produto das conferências de população realizadas por organismos internacionais, bem como de reivindicações de vários setores da sociedade mundial, teve um impacto significativo no formato e concepção de inúmeras políticas públicas voltadas ao assunto. A menção especial deve ser feita à Conferência sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade do Cairo em 1994, onde assim ficou definida saúde sexual e reprodutiva:

> "Saúde Reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos

> eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres a condição de passar com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos `a reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis" (CIPD,1994p.57-CNPD/FNUAP,1996,199p.)

Desta forma, a conferência realizada no Cairo se tornou um marco, pois apontou novas direções em relação aos direitos reprodutivos. Ao defini-los, ancorando-os em princípios como liberdade de escolha reprodutiva, enfatizando o contexto sócio-cultural no qual esta escolha se dá e destacando a sexualidade vivenciada de modo seguro como elemento fundante do bem-estar, se somou às tendências que de certa forma já norteavam as políticas brasileiras voltadas ao tema. Agora, homens e mulheres passam a ser considerados em suas singularidades, isto é, a partir de seus próprios interesses. Embora as mulheres sejam tema mais recorrente e vítimas de uma série de problemas ligados à saúde reprodutiva, tal conceito inova uma vez que os homens são visto sob nova ótica quando pensados em termos de reprodução. A inclusão masculina neste conceito faz com que a reprodução e tudo o que a ela se refere deixe de ser responsabilidade única das mulheres.

Outro aspecto importante é de certa forma a expansão de estudos ligados à reprodução trazidos por este conceito, no sentido de abrangência. Saúde reprodutiva e sexual não mais se restringe a um público específico (mulheres em união).De fato, ele se amplia, englobando mulheres em todas as etapas de sua vida. A formulação de tal conceito é concomitante às mudanças evidenciadas em relação ao exercício da sexualidade nos dias atuais, sobretudo quando aponta para a importância de uma saúde sexual satisfatória.

Explorando ainda citação que define o conceito de saúde sexual e reprodutiva, podemos verificar que o Brasil avançou em quase dez anos em suas políticas voltadas para a saúde, sobretudo, representadas pelo PAISM, pelo Programa Nacional de Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis –AIDS de 1986 e pelo Prosad (1988) Programa de Saúde do Adolescente.

Embora ainda hoje a realidade brasileira apresente um quadro sofrível de saúde reprodutiva, as mulheres veriam avanços mais significativos referentes a este aspecto nos anos de 1997/1998 com leis e normas que definiriam uma maior e melhor assistência, assim como certa proteção à saúde das mesmas. Exemplo típico foi a portaria que limitou o número de cesarianas pagas pelo SUS, feitas até então em número alarmante e que estavam diretamente relacionadas à alta incidência de esterilizações cirúrgicas no país. A influência positiva que as recomendações da Conferência do Cairo detiveram foram notórias, não só no sentido de reativar iniciativas vinculadas a saúde reprodutiva da população, mas também de ajustar as já existentes.

Contudo, mesmo dentro do panorama insatisfatório referente à saúde reprodutiva da mulher brasileira, podemos encontrar subdivisões ou mesmo gradações quando comparamos diferentes grupos de mulheres, seja por classe social, nível de instrução e sobretudo raça. Vivemos num país sob o signo de um "racismo velado" onde todos negam sua existência, ancorados na falácia da "democracia racial" mas que basta verificarmos alguns índices para constatarmos sua presença.

RAÇA,SAÚDE REPRODUTIVA E CONTRACEPÇÃO.

No Brasil, as dificuldades de se trabalhar a categoria raça tanto em termos conceituais quanto metodológicos, foram objeto de inúmeros estudos. Esses enfatizaram a necessidade de se enfrentar o desafio e abordar a questão em virtude da insuficiência de informações disponíveis. Em nosso país, raça está intimamente ligada à questão de cor, isto justifica a posição de TELES (1998) ao reportar à questão racial valendo-se da palavra percepção. Segundo ele a percepção de raça no Brasil, depende primariamente do fenótipo podendo ser influenciada por questões de classe ou contexto social.

Raça por se constituir em uma categoria histórica e social, portanto passível de sofrer tanto evoluções quanto involuções, torna a percepção que as pessoas têm sobre si mesmas um fator de extrema importância a ser considerado. Tal percepção influencia de forma determinante na constituição do conceito, sendo a forma como diferentes nações no mundo tratam esta questão e como este tratamento varia através do tempo, um bom exemplo. Assim este é subjetivo, depende portanto da interpretação e da percepção que cada pessoa em particular detém.

Como se pode notar até aqui, a categoria raça é extremamente polêmica quando pensada em termos de Brasil, isso também pode ser exemplificado quando nos remetemos às pesquisas realizadas em nível nacional como os Censos demográficos e que se valem de tal categoria. A classificação da população segundo a raça/cor como é trabalhada atualmente pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística, passou por inúmeras modificações e aprimoramentos, contudo este formato de classificação em raça/cor tem sido considerada como a melhor forma encontrada até o momento para se coletar os dados com a precisão almejada, embora continue sendo alvo de debates. As dificuldades de tratar a categoria raça, dada sua subjetividade pode ser observada no inchaço de certas categorias em detrimento de outras, como por exemplo, a categoria "parda" e seu aumento constante se comparada com a categoria "preta".

Mas a importância de se desenvolver estudos nesta área reside, entre outros, no fato de ainda não possuirmos um retrato fidedigno em termos de raça/cor do Brasil. Tal quesito se encontra apenas no questionário amostral do censo brasileiro, sendo alvo de constantes reivindicações por parte de estudiosos para que este seja incluído no questionário básico. BERQUÓ (2001:09) chega a ressaltar a importância do conceito, considerando-o como dado de auto-identificação semelhante a sexo e à idade.

Quando às dificuldades de classificação quanto à raça/cor se somam questões ligadas à saúde, sobretudo reprodutiva, este quadro transforma-se num desafio que, embora difícil tem se constituído no objeto de inúmeras pesquisas. Existe no país uma grande escassez de trabalhos que privilegiam o tema saúde reprodutiva em associação com a categoria raça. Muitas vezes esta lacuna em termos de estudos, se justifica pela ausência de dados onde as categorias pudessem ser analisadas em conjunto. ARAÚJO (2001:26), chama atenção para este fato:

> "São necessários esforços redobrados para pesquisar e documentar a saúde da mulher negra, os riscos reprodutivos e os diferenciais de acesso a informação e serviços de saúde, a fim de possibilitar a sistematização de um conjunto de propostas de políticas públicas a serem trabalhadas com a máxima prioridade".

Ainda segundo a autora, a especificidade da saúde da mulher negra começou a ser reivindicada pelos movimentos de mulheres negras que se congregaram a partir da polêmica gerada pelo número alarmante de esterilizações cirúrgicas ocorridas no país, segundo eles em maior escala entre a população negra. Outros autores como, por exemplo, SOUZA (2001), voltados a estudos que versam sobre saúde reprodutiva apontam a população negra como sofrendo mais especificamente os efeitos de uma má assistência. Várias patologias como miomatoses (uma das situações que levam a histerectomia), câncer de colo de útero, infecções pélvicas, sobretudo a vulnerabilidade ao contágio do HIV são citadas como mais incidente sobre a população negra. É exemplar a citação feita por BARBOSA (apud WERNECK,2001:33) que utiliza também indicadores como o nível de pobreza como fator característico da posição desfavorável das mulheres negras:

> "(...) existe uma situação particularmente desfavorável às mulheres pobres no que diz respeito à disseminação do HIV e das demais IST (infeções sexualmente transmissíveis),que se amplia quando consideramos condições adicionais e igualmente desfavoráveis, vigentes entre as mulheres negras no âmbito da saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular"

A saúde reprodutiva das mulheres tendo como base a fator raça/cor tem promovido muitas especulações sobre as possíveis diferenças existentes entre brancas e negras e mesmo posições divergentes. Pode-se observar por exemplo, BERQUÓ (1994:19) que alertou para o fato de algumas pesquisas demonstrarem não haver diferenças estatísticas nas esterilizações ocorridas no país, quando comparadas às taxas entre brancas e negras. A autora chama atenção em especial, para os resultados da pesquisa realizada na cidade de São Paulo/SP sobre a saúde reprodutiva das mulheres negras[23] em 1992. Segundo ela, embora a utilização de métodos contraceptivos de modo geral se apresentasse superior entre as mulheres brancas, quando se observa especificamente às esterilizações cirúrgicas, se constata uma regularidade entre os grupos raciais.

METODOLOGIA

Para se traçar um esboço do conhecimento e uso de contracepção por raça/cor, comparando as cidades de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, foi utilizado o banco de dados criado pela pesquisa realizada pelo Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR realizado pelo Cedeplar/UFMG e financiado pela Fundação Ford. O público alvo da pesquisa foram mulheres residentes nos respectivos municípios, compreendendo a faixa etária de 15-59 anos. A pesquisa construída a partir de um plano amostral (subconjunto da população total), objetivando uma representatividade estatística significativa em ambas às cidades foi conduzida no período de 04/04/2002 à 07/10/2002. Como especificado anteriormente, o estudo aqui proposto se consistiu de uma análise exploratória do banco de dados da respectiva pesquisa, procurando enfatizar os diferenciais raciais referentes à contracepção. Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e conjuntos de percentagens.

DADOS

Os dados utilizados, foram provenientes da pesquisa sobre Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, já mencionada anteriormente. Apresenta-se, a seguir, uma breve explanação sobre a pesquisa, que foi parte de um Programa mais amplo sobre Ensino e Pesquisa.

O Programa SRSR teve por finalidade além de formar/qualificar estudantes no trato com as várias etapas que compõem um processo de pesquisa científica, também construir um conjunto de informações sobre Saúde Reprodutiva e Sexual da população trabalhada. O plano amostral constitui de três estágios assim distribuídos:

Os 70 setores censitários de cada cidade estudada, Belo Horizonte e Recife, foram selecionados a partir do cadastro de setores censitários fornecido pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) produto do censo realizado no ano de 2000.

Num segundo momento, 29 domicílios (amostra aleatória simples), classificados enquanto moradias particulares permanentes foram selecionados. Isto foi feito após a atualização dos domicílios pertencentes à cada setor sorteado anteriormente, o chamado processo de arrolamento

Nos domicílios selecionados foram listados todos os moradores, identificando os possíveis elegíveis para posterior sorteio do entrevistado.

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um questionário projetado pela equipe do programa tendo por base outras pesquisas realizadas sobre o tema, incorporando, porém novas questões e formatos (a exemplo a sessão sobre Raça/cor). Estruturado a partir de questões fechadas em sua maior parte, abordou características sócio-econômicas, demográficas e reprodutivas da população alvo. De caráter individual e sigiloso, o questionário possibilitou a coleta dos dados nos domicílios, sendo a participação sempre voluntária.

Para uma explanação mais detalhada da dimensão da pesquisa realizada, faz-se necessária à apresentação de alguns números. Nos 140 setores selecionados nas duas cidades foram listados 46 660 domicílios particulares permanentes sendo 20 073 em Belo Horizonte/MG e 26 587 no Recife/PE. Desse total, 3839 domicílios foram visitados e completados 2409 questionários conjugando as duas cidades. O trabalho de campo envolveu 26 entrevistadores todos do sexo feminino, também supervisoras e coordenadores de campo e escritório objetivando construir processos que assegurassem uma maior qualidade dos dados coletados. Outras formas de controle dos dados coletados foram adotadas a exemplo de uma percentagem de re-visitas e revisões nos vários estágios do processo (campo e escritório), bem como verificação de consistência na criação do banco de dados.

Neste estudo foi utilizada apenas parte desta amostra, pois se selecionou apenas as entrevistadas que se classificaram de acordo com as categorias do IBGE em brancas, pretas e

[23] A categoria Negra, neste estudo congregou as mulheres que se auto-classificaram enquanto pretas e pardas.

pardas. Estas duas últimas categorias foram congregadas em apenas uma: designada como negra, assim se procurou relacionar as variáveis observadas em relação às categorias raciais a fim de facilitar a análise e construir um quadro comparativo entre as duas cidades trabalhadas.

VARIÁVEIS

As variáveis componentes do questionário, utilizadas no estudo foram separadas em grupos para uma melhor operacionalização do trabalho. No primeiro grupo, foram utilizadas algumas variáveis que possibilitaram esboçar um perfil sócio-demográfico da população amostrada, também variáveis ligadas à características reprodutivas e ao conhecimento e uso de contraceptivos .

TABELA 0-1 VARIÁVEIS UTILIZADAS NO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO FEMININA POR RAÇA/COR DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE, 2002

VARIÁVEL	DESCRIÇAO	OBSERVAÇÃO
V0104	Idade da Entrevistada	Grupos Qüinqüenais (9)
V0116	Estado Civil	1- Casada 2- Unida 3- Solteira 4- Divorciada 5- Viúva
V0146	Religião atual	1-Nenhuma 2-Católica 3-Evangélica (protestantes e pentecostais 4-Afro brasileira 5-Outras (espírita, judaica, outras, etc.)
V0122/V0123	Nível de Instrução	-1 sem instrução, -2 1º grau incompleto -3 1º grau completo -4 2º grau incompleto -5 2º grau completo -6 Acima 2ºgrau
V0151	Exercício de alguma ocupação	Trinta dias anteriores à pesquisa

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

TABELA 0-2 VARIÁVEIS REFERENTES À CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS DA POPULAÇÃO FEMININA POR RAÇA/COR EM BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE, 2002

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
V0307	Gravidez atual	
V0312	Quantas vezes ficou grávida	Agregada em 0, 1, 2 à 4, 5+
V0313	Ocorrência de aborto	
V0305A	No. Total de filhos tidos	-Nenhum filho -1, -2 e3, - 4 +
V1102	Possui pessoa com quem mantém relações sexuais	1-não tem 2-regular 3-ocasional 4-não resposta (88)
V1105	Status Marital	1-Nunca Unida 2-Casada 3-Unida 4-Separada/Divorciada 5-Viúva
V1135	Tipo de vínculo com último parceiro	

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

TABELA 3-3 VARIÁVEIS REFERENTES AO CONHECIMENTO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E FISIOLOGIA ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
V900 A à V900M	Menção espontânea de método	
V943	Sabe se setor público oferece anticoncepcionais	
V946	Sabe onde conseguir a esterilização	
V952A à V952 E	Situações em que o aborto pode ser feito pelo SUS	
V956	Época em que a mulher tem maiores chances de engravidar	
V1141	Sabe onde adquirir camisinha	

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

TABELA 0-4 VARIÁVEIS VINCULADAS AO USO CORRENTE E INTENÇÃO FUTURA DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
V911	Método atual	-Métodos modernos (pílula, DIU,Condom ,Ester.feminina e Masc.) -Métodos comportamentais (Abstinência, Coito Inter.) -Outros (métodos vaginais:diafragma, tabletes + injeções, implantes, anticoncep., outros)
V1136	Utilização de Condom na última relação	
V1137	Razão de não utilização de Condon na última relação	-1 Confiança -2 Preferência (gosto) -3 Usa outro método -4 Ester./Hist./Menopausa -5 Outras razões
V1139	Negociação no uso de contracep.	
V1140	Negociação no uso de camisinha	
V1306	Uso de contracepção atual	
V1307	Utilização nos próximos 12 meses	
V1308	Utilização futura	
V1309	Método preferido para o futuro	-Métodos Modernos (pílula, DIU,Condom ,Ester.feminina e Masc.) -Métodos Comportamentais (Abstinência, Coito Inter.) -Outros (métodos vaginais: diafragma, tabletes + injeções, implantes, Anticoncep. Emerg., outros)

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

RESULTADOS

Por se tratar de um trabalho, cujo objetivo maior foi fazer apontamentos sobre possíveis diferenças no tocante à contracepção entre a população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, se fez necessário observar alguns achados da Pesquisa Sobre Demografia e Saúde-DHS/96 (BEMFAM) realizada com mulheres de 15-49 anos de idade em todo o Brasil. Uma vez que esta foi implementada em diferentes regiões do país, possibilitou um esboço amplo de questões vinculadas à contracepção. Estes achados serão abordados em sincronia com os resultados

alcançados, através das variáveis selecionadas para estudo. Também, foram utilizados dados da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste-PSFNe realizada em 1991, em estados da região Nordeste do Brasil e que tem em seus resultados contribuições semelhantes a DHS/ 96. Nos resultados de todas as tabelas analisadas foram utilizados percentagens ponderadas para a população estudada.

Primeiramente foi feita a descrição de algumas características da população feminina em ambas as cidades. Exemplos como distribuição em grupos etários, estado civil, religião, nível de instrução, raça/cor e exercício de alguma ocupação nos 30 dias anteriores à entrevista. A variável renda, neste estudo não foi utilizada por deter pouca precisão em seus resultados,

A tabela 4.1 se refere à forma como a população das duas cidades está distribuída segundo a idade em nove grupos qüinqüenais, tal distribuição foi feita, a fim de facilitar a análise.

TABELA 4-4 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO GRUPOS QÜINQÜENAIS

Cidade/ Grupos Etários	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
15-19 ANOS	14.4	15.9
20-24	16.6	15.4
25-29	13.0	14.3
30-34	11.9	11.1
35-39	11.8	11.5
40-44	10.9	8.4
45-49	8.7	9.8
50-54	7.1	7.0
55-59	5.5	6.6
TOTAL	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva,Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Pode-se perceber que nos últimos grupos formados, o percentual de mulheres sofreu um sensível declínio, este observado tanto para Belo Horizonte/MG quanto para Recife/PE o que segue os achados da DHS/96. Tal pesquisa apontava ainda, que cerca de 50% das mulheres entrevistadas estavam abaixo dos 30 anos de idade, nesta a mesma constatação não pode ser feita, uma vez que houve uma redução neste percentual e uma distribuição dos percentuais semelhantes ao longo dos grupos etários, inclusive quando comparados os municípios. Um dado significativo é que na

DHS/96 o percentual de mulheres no grupo de 15-19 anos foi de 19.5% havendo um declínio para Recife/PE[24] (15.9%) e Belo Horizonte/MG (14.4%).

Nas duas cidades os percentuais encontrados para o grupo de 50-54 anos foram praticamente iguais, 7.0% e 7.1% respectivamente para Recife/PE e Belo Horizonte/MG. Ao se comparar os percentuais de distribuição entre as duas cidades se denotou certa homogeneidade, uma vez ser os diferenciais nos percentuais dos grupos etários pouco representativos.

A importância da distribuição etária da população é justificada, por tornar possível observar qual parcela da população está dentro do período reprodutivo e ainda como estas estão se comportando quanto ao uso de contraceptivos. Também identificar o uso de outros métodos contraceptivos pela população fora deste período, cuja função além de prevenir contra uma possível gravidez servem como proteção contra uma série de enfermidades que ameaçam a vivência de uma sexualidade segura e saudável.

TABELA 4-2 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO ESTADO CIVIL

Cidade/ Estado Civil	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Casada	36.7	28.0
Unida	6.5	19.2
Solteira	46.2	35.3
Divorciada	7.6	14.0
Viúva	3.1	3.4
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Quanto à distribuição percentual da população feminina quando considerado o Estado civil da mesma, se pode observar que seguindo o quadro pontuado por pesquisas anteriores como os censos realizados em escala nacional, os percentuais de mulheres casadas (36.7%) e solteiras (46.2%) foram mais representativos para Belo Horizonte/MG, em relação às mulheres unidas (6.5%) e divorciadas (7.6%), estas apresentaram uma baixa percentagem semelhante.

Em ambas as cidades as viúvas tiveram percentuais semelhantes, variando em torno de 3.0% entre as entrevistadas, no outro extremo ou seja com os maiores percentuais ficaram as casadas denotando um percentual maior para as mulheres residentes em Belo Horizonte (36.7%) se comparado às residentes em Recife/PE (28%).O número de solteiras para Belo Horizonte/MG

[24] Na PSFNe (Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste) realizada em 1991, o percentual de mulheres entre15-19 anos de idade foi ainda superior ao encontrado pela DHS/96, sendo 22.4% das entrevistadas.

(46.2%) supera em muito o de Recife/PE (35.3%), num contraponto, se puderam observar como as unidas se sobrepuseram em Recife/PE (19.2%) quando comparadas às de Belo Horizonte/MG (6.5%).Tanto a DHS/96 como a PNSFNe/91 corroboraram os resultados encontrados nos censos brasileiros, apontando uma supremacia dos percentuais de casadas e solteiras em detrimento dos demais estados civis.

TABELA 4-3 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO RELIGIÃO

Cidade/ Religião Atual	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Nenhuma	8.7	13.0
Católica	61.3	56.5
Evangélica [25]	23.1	24.0
Afro Brasileira	5.3	4.2
Outras	1.6	2.3
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

A religião é um componente da caracterização sócio-demográfica extremamente relevante quando se trabalha questões ligadas ao exercício da sexualidade sobretudo sobre contracepção, tema ainda polêmico em muitas religiões e alvo de uma série de contra-sensos.

Para efeito de análise, as religiões foram agregadas e utilizados quatro grandes tipos de filiação religiosa: as católicas, as evangélicas, àquelas que professaram algum de tipo de religião de origem Afro e finalmente as mulheres que mencionaram outras modalidades . Tanto entre as mulheres de Belo Horizonte/MG (61.3%) quanto de Recife/PE (56.5%), houve a predominância da religião católica. Em seguida, surge o que aqui se chamou evangélicas (protestantes históricos e pentecostais).Tal modalidade de filiação religiosa assumiu o segundo lugar nas duas cidades estudadas, com um pequeno acréscimo para Recife/PE (24.0%).Quando analisados os percentuais de mulheres cuja religião declarada foram de caráter afro, Belo Horizonte/MG (5.3%) assumiu a liderança. Importante mencionar ainda que, entre as mulheres que declararam não terem nenhuma religião, os números encontrados foram 8.7% para Belo Horizonte/MG e 13.0% para Recife/PE, além disso, cabe mencionar que os percentuais para outros tipos de vinculação religiosa mencionados, foram pouco representativos.

[25] A categoria Evangélica congregou os Protestantes Históricos e os Pentecostais.

Instrução sempre foi uma conquista muitas vezes, ausente na realidade de milhares de brasileiros. A PNAD/95[26] (IBGE) demonstrou percentuais de taxas de alfabetização para a população acima de 15 anos com diferenças relevantes sobretudo para a região Sudeste do Brasil (90.7%) se comparada à Nordeste (60.5%). É fato que a instrução interfere incisivamente sobre o comportamento e mesmo sobre a compreensão que as pessoas têm sobre sua saúde e sobretudo no trato da mesma. Quando estamos trabalhando contracepção, o nível de instrução se torna ainda mais importante, uma vez que tem impacto desde a escolha do método até o manuseio e utilização de forma adequada. O que aqui se convencionou chamar de instrução foi à associação de duas variáveis presentes no questionário da pesquisa : última série concluída e grau desta última série.

Assim para efeito da análise desta variável se construiu como categorias os seguintes níveis: sem instrução, 1°grau incompleto, 1° grau completo, 2° grau incompleto, 2°grau completo e acima do 2° grau.

TABELA 4-4 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Cidade /Nível De Instrução	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Nenhuma	0.2	1.6
1o. Grau Inc.	33.9	39.2
1o.Grau Comp.	11.1	7.9
2o Grau Inc.	7.4	8.4
2o Grau Comp.	28.8	27.2
Acima 2o. Grau	18.3	15.6
Total	771635	451772

FONTE: PROGRAMA DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE REPRODUTIVA, SEXUALIDADE E RAÇA/COR-SRSR CEDEPLAR/UFMG 2002

Entre as mulheres amostradas na DHS/96 as que não detinham nenhuma instrução[27] o percentual foi de 5.2% sendo que o maior percentual encontrado foi entre as que possuíam de 5-8 anos de estudo (32.5%) ou seja até o 1°.grau. Quanto ao 2° grau (9-11 anos de educação) e 12 anos ou mais, os percentuais encontrados foram 22.8% e 6.6% respectivamente.

Ao abordar os resultados encontrados para Belo Horizonte/MG e Recife/PE se puderam observar indicadores da melhoria no nível de instrução das mulheres, se comparado aos resultados encontrados pela DHS/96. Em primeiro lugar houve um decréscimo dos percentuais entre àquelas mulheres sem nenhuma instrução e em contrapartida um incremento entre as que detinham o 2° grau completo e níveis de instrução acima deste.

[26] Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares realizada pelo IBGE nos anos inter-censitários.

Quando se efetuou a comparação entre os dois municípios presente na tabela 4-4, a constatação a que se chegou é que nos níveis de instrução mais elevados como 2°grau, tanto completo quanto incompleto, os percentuais para as mulheres de Belo Horizonte/MG são sempre superiores aos de Recife/PE, sobretudo, quanto ao 2° grau completo: 28.8% e 27.2%.Outra situação desvantajosa para Recife/PE é um alto percentual de mulheres com nível de instrução abaixo do 1°grau completo, chegando a 49.7% da população no município. Mais uma vez, fica patente o quadro sofrível que se encontra os níveis de instrução no Brasil e evidente a necessidade de ações para sanar tal deficiência.

Fundamental aos objetivos propostos pelo estudo realizado, foi a verificação de como a população feminina amostrada nas duas cidades trabalhadas estava distribuída quando a variável Raça/cor foi abordada. A relevância deste ponto se justifica como já mencionado pela carência de estudos que façam a conexão entre saúde reprodutiva e raça/cor e também por se estar buscando com comparar cidades imersas em realidades historicamente diferenciadas: Região Sudeste e Nordeste do Brasil. Embora o questionário da pesquisa que originou os dados tenha alternado diferentes formas de captação de informações referentes à raça/cor (auto-classificação livre, alter-classificação, classificação quanto às categorias utilizadas pelo IBGE entre outras), no estudo aqui implementado foi utilizada as auto-classificações feitas pelas entrevistadas segundo as categorias do IBGE. A partir daí, as mulheres foram separadas em brancas e negras, sendo que esta última categoria se constituiu da junção das mulheres pretas e pardas.

A variável Raça/cor dessa forma foi associada tanto às características reprodutivas das entrevistadas quanto às relacionadas ao conhecimento, uso e intenção de uso em relação a métodos contraceptivos. Na tabela 4-5 se pode verificar a distribuição percentual da população feminina entre as categorias Branca e Negra. Se pensadas isoladamente, as cidades apresentam um percentual de negras maior que o de brancas . Quando foram comparadas, o percentual de negras foi superior em Recife/PE (60.1%) com vantagem de 7.5 pontos percentuais em relação à Belo Horizonte/MG.

A cidade de Belo Horizonte/MG apresentou um equilíbrio maior nos percentuais relativos à forma como as mulheres desta cidade se auto classificaram quanto ao quesito raça/cor: 47.4% de brancas e 52.6% de negras, o mesmo não sendo observado em Recife/PE, onde a diferença entre brancas e negras foi signficativa.

[27] Instrução na DHS/96 foi analisada enquanto número de anos de educação.

TABELA 4-5 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO RAÇA/COR

Cidade/Raça	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Brancas	47.4	39.9
Negras	52.6	60.1
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

A inserção da mulher no mercado de trabalho nos últimos tempos, tem sido um fator que impulsionou grandes mudanças sociais. Como já mencionado, tais mudanças sobremaneira afetaram a forma como estas mulheres passaram a encarar a reprodução. Para efeito apenas de caracterização e mesmo comparação entre as cidades de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, através da variável trabalhada neste estudo, procurou verificar se as mulheres exerceram algum tipo de atividade/ocupação nos trinta dias anteriores à entrevista.

Quanto aos resultados alcançados, se pode verificar na tabela 4.6 que os percentuais de mulheres que exerceram algum tipo de atividade em Belo Horizonte/MG (85.6%) foi superior às de Recife/PE (60.3%).Embora aqui não se tenha especificado a ocupação, tais percentuais nos remetem aos níveis inferiores de instrução encontrados para o 2° município mencionado, uma vez que instrução está relacionada diretamente ao acesso ao mercado de trabalho.

TABELA 4-6 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE SEGUNDO EXERCÍCIO DE OCUPAÇÃO

Exercício de Ocupação	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Sim	85.6	60.3
Não	14.4	39.7
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/ Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Num segundo momento do estudo se procurou esboçar algumas características reprodutivas das mulheres amostradas. Para explorar estas características e efetuar comparações tanto por Raça/cor como por cidade, as tabelas construídas a seguir foram essenciais. A primeira delas se referiu ao percentual de filhos vivos tidos por mulher.

TABELA 4-7 INCIDÊNCIA PERCENTUAL DE NASCIMENTOS DE FILHOS VIVOS POR RAÇA/COR NA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
Nascimentos	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Sim	56.6	60.8	61.8	63.3
Não	43.4	39.2	38.2	36.7
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Com a incidência de nascidos vivos, se pode demonstrar que as mulheres negras tanto em Belo Horizonte/MG (60.8%) quanto em Recife/PE (63.3%) tiveram percentuais maiores. Quando observado os valores para as mulheres brancas, a tendência de percentuais altos entre as que declararam terem em algum momento de suas vidas, tido um filho vivo se mantiveram altos para Recife/PE (61.8%) que obteve uma vantagem sobre os percentuais de Belo Horizonte/MG (56.6%). Assim como pode se observar (tabela 4-7), na cidade do Recife/PE ,as mulheres tiveram percentuais de filhos nascidos vivos superiores aos de Belo Horizonte/MG especialmente entre as de raça/cor branca.

A análise do número de filhos pode ser interpretada como um reflexo das condições sócio-econômicas do Brasil esboçadas na transição demográfica, caracterizada sobretudo no declínio das taxas de fecundidade como já mencionado. Além disso, quando se observou tal distribuição considerando a categoria raça/cor se puderam mapear as diferenças entre brancas e negras nos dois municípios

TABELA 4-8 DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO NÚMERO DE FILHOS TIDOS POR RAÇA/COR NA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
No. De Filhos/Raça cor	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Nenhum	43.4	39.5	37.9	36.8
1	17.0	16.6	16.9	18.3
2 a 3	30.1	31.1	31.5	27.4
4+	9.5	12.8	13.7	17.4
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Como foi demonstrado na tabela 4-8, o número percentual de mulheres sem nenhum filho foi maior entre as mulheres brancas da cidade de Belo Horizonte/MG (43.4%). Entre àquelas que tiveram apenas 1 filho até o momento da entrevista, tanto Belo Horizonte/MG quanto Recife/PE tiveram percentuais que variaram entre 16.6% e 18.3% considerando brancas e negras, mas foram estas últimas na cidade do Recife/PE que apresentaram percentual maior.

Entre as mulheres que tiveram entre 2 e 3 filhos, as negras belo horizontinas (31.1%) e as brancas recifenses (31.5%) tiveram destaque. Fato também a salientar foi o percentual encontrado para as mulheres negras de Recife/PE (27.4%), inferior se comparado a Belo Horizonte. Interessante observar que as mulheres recifenses demonstraram ter um número maior de filhos que as belo horizontinas, sobretudo entre as negras (17.4%).

Embora o tema aborto ainda seja difícil de ser abordado por pesquisas desse formato, por ser considerado um tabu em nossa sociedade e legalmente uma contravenção e sobretudo leis que o privilegiam, neste trabalho se tentou captar apenas a ocorrência de tal fato em algum momento da vida reprodutiva das entrevistadas, sem explorar causas ou número de reincidências, fazendo um recorte racial como nas demais variáveis.

TABELA 4-9 DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ABORTOS POR RAÇA/COR NA POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte		**Recife**	
Ocorrência de Abortos/ Raça	BRANCAS	NEGRAS	BRANCAS	NEGRAS
Sim	17.5	16.2	20.3	22.9
Não	41.7	46.1	44.5	43.7
Não resposta	40.8	37.7	34.5	33.4
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Analisando separadamente os resultados encontrados para as cidades, se pode detectar que os percentuais encontrados para brancas e negras se aproximavam em Belo Horizonte/MG.Contudo, quando comparadas as mulheres da cidade do Recife/PE tiveram percentuais de ocorrência de aborto maiores que as mulheres de Belo Horizonte/MG, sobretudo entre as de raça/cor negra (22.9%).

Outra variável explorada foi à ocorrência de casos de gravidez (tabela 4-10) entre as entrevistadas nas duas cidades. Aqui sem estabelecer um recorte por raça/cor, se observou que em sua grande maioria, as entrevistadas não estavam grávidas no momento da pesquisa. Contudo na cidade do Recife/PE, fato interessante foi o número percentual entre àquelas mulheres que

declararam não terem certeza sobre a possibilidade de uma gravidez :4.6%.Isso pode significar uma falta de conhecimento ou mesmo de acesso à serviços de assistência médica, comum na população do Nordeste.

TABELA 4-10 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE GRAVIDEZ NA ÉPOCA DA PESQUISA ENTRE POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

Gravidez	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Sim	2.4	2.5
Não	96.1	92.8
Incerta	1.5	4.6
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Na tentativa de demonstrar outro item do histórico reprodutivo das mulheres de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, se trabalhou o número de gravidezes (histórico) das entrevistadas

TABELA 4-11 PERCENTUAL DE NÚMERO DE GRAVIDEZES ENTRE A POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

No. de Gravidezes	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Nenhuma	40.8	37.7	34.5	33.4
1	15.1	15.1	14.4	16.9
2 À 4	37.3	37.3	36.9	35.5
5 +	7.1	9.9	14.2	14.2
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

A primeira observação a se fazer são os altos percentuais encontrados nas duas cidades para as mulheres que nunca tiveram nenhuma gravidez, tanto entre brancas quanto negras, embora destaque para as brancas. Outra importante constatação foi a equivalência nos valores dos percentuais entre as mulheres que tiveram 1(15.1%) e 2 a 4 (37.3%) gestações em Belo Horizonte/MG e 5 e mais gravidezes na cidade do Recife/PE (14.2%)

Quando comparados os percentuais de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, estes demonstraram que as mulheres de Recife/PE, têm em geral acima de cinco gravidezes, sobretudo entre as negras (14.2%).

A fim de esboçar de forma mais completa, as características reprodutivas das mulheres nos dois municípios, se tomaram para efeito de análise o status marital dessas e a regularidade de atividade sexual das mesmas. Contudo, esta última variável foi respondida apenas por àquelas não unidas ou solteiras.

TABELA 4-11 STATUS MARITAL POR RAÇA/COR ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte /MG		Recife/PE	
	BRANCAS	NEGRAS	BRANCAS	NEGRAS
Nunca Unida	38.2	42.0	32.1	30.1
Casada	39.3	30.8	30.0	26.7
Unida	8.8	14.1	18.8	22.0
Separada/Divorc.	12.2	9.1	16.2	17.2
Viúva	1.5	3.8	2.4	3.9
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Os resultados demonstrados na tabela 4-11, nos permitiram observar que, entre as mulheres brancas em Belo Horizonte/MG o status marital que teve maiores percentuais foi o de casadas (39.3%), em contraposição a Recife/PE que teve seu maior percentual de brancas entre as nunca unidas (32.1%).Quanto à categoria negra, em Belo Horizonte/MG as nunca unidas foram predominantes (42.0%), o mesmo ocorrendo para a capital pernambucana (30.1%). Os menores percentuais em ambas as cidades esteve entre as viúvas, tanto para negras quanto brancas. Outro ponto que mereceu atenção foi o status unida, que prevaleceu em Recife/PE sobretudo entre as negras (22.0%).

Em relação ao status divorciada, as brancas em Belo Horizonte/MG tiveram destaque (12.2%),o mesmo não ocorrendo entre os percentuais de Recife/PE quando avaliadas as categorias raciais que apresentaram certo equilíbrio nos percentuais.

Para auxiliar na reconstituição do quadro representante da vida reprodutiva da população estudada, foi feita a sondagem sobre a existência de parceiro sexual entre as mulheres solteiras e não unidas. Os resultados encontrados podem ser visualizados na tabela 4-12 à seguir.

TABELA 4-12 EXISTÊNCIA DE PARCEIRO SEXUAL POR RAÇA/COR ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

Cidade/Existência Parceiro	Belo Horizonte/MG		Recife /PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Não têm	33.1	33.6	33.3	35.9
Regular	14.4	17.2	11.6	9.2
Ocasional	4.0	3.8	5.5	6.0
Não Respostas	48.5	45.4	49.2	48.9
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Cabe salientar, que os altos índices de não respostas correspondem às mulheres casadas ou em união que não responderam à questão. Os maiores percentuais foram encontrados entre as mulheres que não tinham nenhum parceiro sexual na época da pesquisa. Tais percentuais não apresentaram diferenças significativas quando a categoria raça/cor foi incorporada, embora entre as negras na cidade do Recife/PE os percentuais apresentassem incremento (35.9%).

Interessante que a presença de parceiros ocasionais tiveram percentuais reduzidos em ambas às cidades, o que pode significar uma diminuição no comportamento de risco em tempos de AIDS, embora tal fato não signifique a prática de sexo seguro. Ainda que os percentuais de modo geral tenham sido menores, se puderam denotar números maiores para a cidade do Recife/PE, sobretudo entre as negras (6.0%), talvez em virtude de a cidade ser ponto referencial de turismo no Nordeste brasileiro e a ocorrência de turismo sexual seja fato constatado .

No tocante a existência de parceiros regulares, as mineiras se sobressaíram quando comparadas às mulheres recifenses, cabendo destaque às negras 17.2%.

Ao investigar sobre o tipo de vinculação existente entre as mulheres que declaram ter atividade sexual no ano anterior à pesquisa com o último parceiro dessa relação, os resultados alcançados foram os encontrados na tabela 4-13. Ressalta-se aqui que não houve diferenças relevantes entre as categorias raciais, o que justifica sua omissão.

TABELA 4-13 TIPO DE VÍNCULO COM PARCEIRO DA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Comp./Marido	45.7	49.3
Ex-Marido	0.7	0.8
Namorado	21.6	12.9
Noivo	1.0	1.3
Amante	0.6	1.8
Amigo	2.5	1.8
Recém-Conhecido	0.1	0
Não Respostas	13.1	14.0
Outro/Não Sabe	14.7	18.1
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva,Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Avaliando o tipo de vínculo estabelecido pelas mulheres e seus últimos parceiros na cidade de Belo Horizonte/MG o destaque foi para os maridos e companheiros (45.7%), o mesmo ocorrendo na cidade do Recife/PE (49.3%) cujo número foi ainda mais expressivo. Em segundo lugar o tipo de vínculo que se sobressaiu foi o namorado sobretudo, em Belo Horizonte/MG cujo percentual superou o encontrado para a cidade do Recife/PE em 8.7 pontos percentuais, diferença que merece destaque.

Os percentuais de não respostas são atribuídos àquelas mulheres que não tiveram parceiro sexual (consideradas as relações sexuais com penetração) nos doze meses anteriores à pesquisa .

Através das variáveis apresentadas acima e de suas respectivas análises sempre buscando relacioná-las com a categoria raça/cor, se demonstrou algumas características da população feminina das duas cidades bem como indicadores do histórico reprodutivo dessas mulheres. A partir de então, se fará uma apresentação do conhecimento, utilização e previsão futura de uso de métodos contraceptivos da população feminina de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, fazendo para tanto, recorte por raça/cor.

Em relação ao conhecimento de contraceptivos, se buscou através da menção espontânea de tipos de método pontuar diferenças entre os agrupamentos raciais nas duas cidades.

TABELA 4-15 PORCENTAGEM DE MENÇÃO ESPONTÂNEA DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR RAÇA/COR ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

Método Contracep.	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Pílula	95.1	94.6	96.0	95.0
DIU	70.7	64.3	60.7	58.4
Injeções	26.4	27.9	43.6	48.7
Implantes	1.4	1.3	8.1	2.7
Diafragma	32.1	26.4	23.2	23.4
Preser.Masc.	79.2	81.7	85.6	83.8
Preser.Fem.	20.8	22.5	28.7	22.9
Ester.Feminina	16.7	21.6	18.5	15.5
Ester.Masc.	11.9	10.7	12.6	11.2
Tabela/Abst.	38.2	29.6	40.8	40.1
Coito Interromp.	11.2	10.0	16.1	13.3
Ant.de Emerg.	6.1	4.1	7.7	2.5
Outros Tipos	2.8	2.1	4.5	5.6
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/ Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

** Cada entrevistada poderia mencionar diferentes métodos.

Ao analisar a menção espontânea de métodos contraceptivos, os que mais se destacaram nas duas cidades por ordem foram a pílula, o preservativo masculino, o DIU, e métodos definidos como comportamentais como Tabela/Abstinência e Coito Interrompido.

Quando se observou separadamente os métodos e os comparou por raça/cor, algumas recorrências foram encontradas. Exemplo, foi à pílula hormonal que predominou como o método mais indicado, não apresentando diferenças entre as categorias raciais. O DIU foi mais mencionado entre a população feminina de Belo Horizonte/MG. Contudo, em ambas cidades, as mulheres brancas tiveram percentuais maiores: 70.7% e 60.7% respectivamente.

Quanto ao preservativo masculino, 2° método mencionado, altos percentuais foram observados nas duas cidades, o que merece uma atenção especial são os percentuais entre brancas no Recife/PE (85.6%) e em Belo Horizonte/MG (81.7%).

Embora a esterilização feminina seja considerada método preferencial entre as mulheres, sua menção se comparada aos percentuais alcançados pela pílula foram baixos. Os números encontrados para as negras em Belo Horizonte/MG (21.6%) e brancas no Recife/PE (18.5%) foram maiores, entre as categorias.

A esterilização masculina (vasectomia), que teve um sensível aumento entre os usuários durante o período que compreendeu a DHS/86 e a DHS/96, apresentou baixos percentuais de menção. De modo geral, Belo Horizonte/MG manteve percentuais menores tanto entre brancas (11.9%) quanto negras (10.7%), quando comparados com os encontrados para a cidade do Recife/PE, sendo que nesta última, as mulheres negras tiveram percentual significativo (12.6%).

Quanto às injeções hormonais, método ofertado atualmente em muitos serviços de saúde públicos especialmente àqueles voltados aos programas de planejamento familiar, se viu um alto percentual para a cidade do Recife/PE chegando a 48.7% entre as mulheres negras, também entre as mulheres brancas os números de menção foram representativos. Na cidade de Belo Horizonte/MG houve a supremacia das mulheres negras na menção de tal método em relação às brancas.

Embora o preservativo feminino ainda seja uma realidade distante para muitas mulheres devido seu alto custo, este teve percentuais de menção superiores a tão divulgada esterilização feminina. Fato que chama atenção, foi sua menção maior entre as mulheres brancas na cidade do Recife/PE (28.7%) e negras em Belo Horizonte/MG (22.5%).

Outra questão importante para trabalhar o conhecimento das mulheres sobre a contracepção é se estas sabiam se o setor público oferecia métodos contraceptivos (Tabela 4-16). Os resultados demonstraram através de altos percentuais de respostas afirmativas, que as mulheres sabiam de tal disponibilidade .

Se concentrarmos a observação nas categorias raciais, nas duas cidades as mulheres negras tiveram percentuais maiores em relação às brancas .

Os percentuais de não respostas à esta questão representa um grupo de mulheres que não foram inquiridas sobre a mesma. Neste grupo estão àquelas em amenorréia da lactação, as que declararam não estar usando nenhum método contraceptivo, as esterilizadas e àquelas que nunca tentaram evitar/adiar uma gravidez. Os percentuais comparando as duas cidades foram superiores para a cidade de Recife/PE com destaque para as mulheres negras (21.9%).

Interessante observar que na cidade de Belo Horizonte/MG as mulheres demonstraram estarem menos informadas sobre tal informação, sobretudo entre as brancas (14.1%) .

TABELA 4.16 PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO CONHECIMENTO DA DISPONIBILIDADE POR PARTE DO SETOR PÚBLICO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR RAÇA/COR ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Sim	65.9	70.2	66.7	68.9
Não Respostas	15.6	16.1	19.3	21.9
Não Sabe	14.1	9.9	12.7	7.6
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Por se ponto de intensas preocupações dentro da saúde reprodutiva das mulheres, a esterilização cirúrgica feminina mereceu uma exploração mais incisiva. No intento de aprofundar sondagem sobre a quantidade de informações da população sobre métodos contraceptivos, se buscou o conhecimento sobre o local onde conseguir informações específicas sobre a esterilização. O que ficou patente, foi uma desvantagem para a cidade do Recife/PE tanto para mulheres brancas (66.5%) quanto negras (59.7%) se comparadas à cidade de Belo Horizonte/MG que por sua vez, teve percentuais semelhantes.

TABELA 4-17 PORCENTAGEM DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR EM RELAÇÃO AO CONHECIMENTO DE LOCAIS PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ESTERILIZAÇÃO.

	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Brancas	70.6	66.5
Negras	70.5	59.7
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

TABELA 4-18 PERCENTUAIS DE CONHECIMENTO DE LOCAL DE OBTENÇÃO DE PRESERVATIVO MASCULINO/FEMININO ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE.

	Belo Horizonte/MG	Recife/PE
Sim	83.9	78.5
Não Sabe/ Não Resp.	13.9	18.2
Total	771635	451772

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva,Sexualidade e Raça/Cor-SRSR Cedeplar/UFMG 2002

O conhecimento do local de obtenção de preservativo tanto masculino quanto feminino, não apresentou variações quando comparados em ambas as cidades com a categoria raça/cor. Na

cidade de Belo Horizonte/MG, as mulheres demonstraram conhecer mais lugares onde adquirir tais métodos, sendo que os percentuais de modo geral foram altos. Entre as que não sabiam ou não responderam, os percentuais por sua vez foram maiores para a cidade do Recife/PE (18.2%). Cabe salientar, que tal questão foi destinada àquelas mulheres que já haviam tido uma primeira relação sexual .

O aborto é uma realidade experimentada por inúmeras mulheres em nosso país. Tal fato pode ser comprovado por estudos e estatísticas, embora saibamos que estes números ainda sejam em muito subestimados. O aborto é considerado contravenção passível de punição perante nosso código penal e continua sendo alvo de debates que envolvem diversos segmentos da sociedade sobretudo a Igreja. Embora o estudo aqui desenvolvido trate da contracepção, especificamente do conhecimento e uso de métodos contraceptivos e sabendo que o aborto embora não seja um método contraceptivo é realizado para tais fins, a presença de um tópico que o privilegie se justifica, sobretudo, por se estar trabalhando amparados pelo conceito de saúde reprodutiva, ou seja um exercício saudável da sexualidade das mulheres pesquisadas.

Às mulheres, foi perguntado em que circunstâncias o aborto poderia ser feito pelo SUS, ou seja casos legais de aborto. Na tabela 4-19, se pode observar que entre as mulheres que responderam que o aborto poderia ser feito pelo SUS, o conhecimento das circunstâncias esteve bem distribuído entre as categorias raciais na cidade do Recife/PE, principalmente quanto a casos de estupro, risco de vida mãe e má formação da criança, havendo mesmo um certo equilíbrio entre os percentuais.

Na cidade de Belo Horizonte/MG, as diferenças entre brancas e negras foram relevantes, revelando um maior conhecimento por parte das mulheres brancas.

Destaque deve ser concedido aos altos percentuais de não resposta a esta questão. Entre as não respondentes, estão àquelas mulheres que negaram a possibilidade de realização de aborto pelo SUS e as que não sabiam se este o realizava.

TABELA 4-19 PERCENTUAIS DE CASOS EM QUE O ABORTO PODE SER FEITO PELO SUS ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Estupro	18.7	12.9	17.6	17.5
Risco De Vida Da Mãe	14.9	10.7	15.7	14.5
Mal Formação Da Criança	11.3	5.7	7.5	7.4
Em Qualquer Situação	1.0	1.2	1.0	1.2
Outro	0.7	0.6	0.7	2.5
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Para finalizar o trato com questões voltadas ao conhecimento detido pelas entrevistadas, se verificou a familiaridade das mesmas com a fisiologia de seus próprios corpos. Para tanto, se trabalhou com a identificação do período fértil, condição indispensável na escolha e mesmo na administração de métodos contraceptivos por parte do público estudado.

Os percentuais encontrados demonstraram que uma parcela significativa da população consegue identificar o período fértil, destaque concedido às mulheres brancas (58.3%) em Belo Horizonte/MG. A mesma observação pode ser feita em relação às mulheres brancas da cidade do Recife/PE (44.4%).

Os demais percentuais encontrados para ambas as cidades não apresentaram grandes discrepâncias quanto à categoria raça/cor. Ainda que, as respostas equivocadas tenham apresentado percentuais baixos, estas quando somadas às mulheres que não souberam responder se tornam relevantes.

Quanto aos percentuais de não respostas, estes se referem às mulheres que negaram existir um período no qual as mulheres têm maiores chances de engravidar, não sendo portanto, inquiridas nesta questão.

TABELA 4.20 CONHECIMENTO DO PERÍODO FÉRTIL ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Durante a Menst.	2.5	1.4	1.1	1.3
Após Menst.	18.2	24.7	28.2	27.3
No Meio Do Ciclo	58.3	41.7	44.4	31.2
Antes Da Menst.	7.1	12.0	10.5	13.5
Em Qualquer Momento	0.3	0.4	1.7	0.6
Dias Antes e Depois Da Menst.	2.3	3.1	0.5	0.8
Não Respostas	5.5	8.5	8.6	14.6
Não Sabe	5.5	8.0	5.0	10.7
TOTAL	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Tratando da utilização de métodos contraceptivos propriamente dita, os métodos que se sobressaíram foram a esterilização cirúrgica, a pílula e o preservativo masculino tanto em Belo Horizonte/MG quanto Recife/PE. Esse quadro corrobora os achados de pesquisas anteriores que pontuavam o destaque de tais métodos.

Comparando as duas cidades, se pode perceber que a cidade do Recife/PE apresentou percentuais entre brancas e negras que se equilibraram quanto à utilização da pílula. Em Belo Horizonte/MG a utilização foi maior tendo uma pequena predominância das mulheres brancas (18.0%).

A esterilização cirúrgica feminina como já esperado, dada sua ampla disseminação, teve supremacia entre os métodos utilizados, sobretudo na cidade do Recife/PE onde a população negra teve destaque (32.4%).Também em Belo Horizonte/MG, as negras tiveram percentuais superiores (22.9%) em relação às brancas.

O preservativo masculino teve maior expressividade entre as mulheres de Belo Horizonte/MG tendo brancas e negras, 11.7% e 14.4% respectivamente. Em ambas as cidades, a população feminina negra demonstrou estar mais prevenida no tocante tanto a uma gravidez indesejada quanto ao contágio de uma série de DSTs evitadas através da utilização do preservativo.

Faz-se importante mencionar que o percentual de não resposta a esta pergunta, correspondem às mulheres que nunca tentaram adiar uma gravidez, às que estavam grávidas no momento da entrevista ou que declararam não estarem utilizando nenhum método. Estes foram maiores para as negras na cidade do Recife/PE e brancas em Belo Horizonte/MG.

TABELA 4-21 USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Pílula	18.0	16.8	9.9	9.6
DIU	3.0	4.1	0.2	0.3
Injeções	3.1	2.0	3.5	2.3
Diafragma	0.7	0	0	0
Pres.Masc.	11.7	14.4	8.8	10.8
Ester. Masc.	2.6	2.6	0.1	0.4
Ester. Feminina	19.7	22.9	31.1	32.4
Tabela/Abst.	0.9	0.9	1.7	0.6
Coito Interromp.	0.8	0.4	1.5	1.4
Antic. Emerg.	0	0.1	0	0
Não Respostas	39.4	35.9	40.7	41.7
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

O preservativo masculino por se tratar de um importante método contraceptivo uma vez que se constitui num mecanismo de controle de uma série de DSTs, se tentou explorar entre as mulheres que declaram não terem utilizado tal método na relação com o último parceiro, as razões para esse comportamento.

Na tabela 4-22, estão apresentadas as causas mais citadas como razões de não utilização da camisinha. A razão que surgiu com maior recorrência foi a preferência (parceiro não gosta, entrevistada não gosta, ambos não gostam), que obteve nas duas cidades e entre as categorias raciais percentuais em torno de 22.0%.

As mulheres negras da cidade do Recife/PE que declararam estarem utilizando outro método, apresentaram um percentual de 9.4%. Notável a diferença deste percentual em relação aos demais cuja razão de não utilização foi a mesma.

Na categoria Outras razões, aí incluídas acesso, desconhecimento e custo, os percentuais foram superiores entre as mulheres brancas nas duas cidades, 12.0% e 19.5% para Belo

Horizonte/MG e Recife/PE respectivamente. Atenção deve ser concedida para os percentuais de Recife/PE e seu sensível incremento em relação à Belo Horizonte/MG.

Os altos percentuais de não respostas como já mencionado correspondem às mulheres que declararam não terem utilizado o preservativo na última relação sexual, também àquelas que não tiveram parceiro sexual no ano anterior à pesquisa e àquelas que nunca tiveram relações sexuais. Destaque as mulheres em Belo Horizonte/MG sobretudo, entre as negras (40.8%).

TABELA 4-22 PERCENTUAIS DE RAZÕES DE NÃO UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO MASCULINO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Confiança	8.7	6.2	6.8	2.6
Preferência	22.9	22.0	21.2	22.1
Utiliz. de outro Método	4.3	3.7	5.0	9.4
Grávida/Hist./Ester.	2.2	3.8	2.8	2.8
Outras razões	12.0	9.6	19.5	14.6
Não respostas	34.7	40.8	27.7	29.3
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar /UFMG 2002

O conceito de Gênero inseriu um novo formato de concepção das relações e mesmo na forma como as mulheres exercem sua sexualidade pressupondo sobretudo uma maior autonomia neste exercício. Em decorrência de tais mudanças, se tentou captar de que maneira as mulheres estavam se manifestando no sentido de uma vivência negociada no uso de contraceptivos em geral e sobremaneira no uso do preservativo (tanto masculino quanto feminino).

Foi perguntado às entrevistadas na possibilidade de interrupção de uma relação sexual para utilização de métodos contraceptivos como estas se portariam e mesmo se conseguiriam interrompê-la. Na tabela seguinte se pode verificar que os percentuais entre as mulheres que afirmaram certeza na capacidade de interromper uma relação foram altos nas duas cidades sobretudo, em Belo Horizonte/MG. Na cidade do Recife/PE houve uma equivalência entre os percentuais de brancas e negras nesta resposta, fato interessante é o percentual nesta cidade das negras que afirmaram tentar porém não conseguir uma interrupção (11.1%).

Entre as mulheres que declararam não tentar evitar uma relação em razão da não utilização de métodos contraceptivos, o percentual que chamou atenção foi o das mulheres brancas na cidade do

Recife/PE (15.9%).Cabe salientar que os percentuais de não resposta a esta questão além de compreender as mulheres que nunca tiveram relações sexuais também engloba àquelas que se recusaram à responder, uma vez que a participação no processo de pesquisa permitia tal atitude.

TABELA 4-23 NEGOCIAÇÃO NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE MODO GERAL ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
C/ certeza	59.4	57.0	51.7	51.4
C/ alguma certeza	7.2	8.4	8.2	5.5
Tentaria mas não Conseguiria	6.6	6.7	6.7	11.1
Não tentaria	10.7	12.7	15.9	12.2
Não respondeu	15.7	13.2	16.9	19.4
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Embora os preservativos sejam a maneira mais eficiente de se evitar uma série de patologias nelas inclusas a AIDS, o que mais chama atenção na tabela 4-24, foram os percentuais entre as mulheres que declararam não tentar interromper uma relação pela ausência ou não uso dos mesmos. A cidade do Recife/PE teve números maiores neste tipo de resposta, sobretudo entre as mulheres brancas, 18.1%.

TABELA 4-24 NEGOCIAÇÃO USO PRESERVATIVO MASCULINO ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte		Recife	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
C/ Certeza	57.5	61.5	52.8	52.0
C/Alguma Certeza	12.1	9.3	11.9	11.6
Não Tentaria	14.3	14.1	18.1	16.2
Não Respostas	15.7	13.3	16.6	20.0
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Visando mapear a intenção de utilização futura de métodos contraceptivos, se buscou explorá-la em dois tempos: no ano subseqüente a pesquisa (12 meses) e no futuro(sem demarcar um tempo específico). Essa divisão objetivou captar informações entre as mulheres que no momento da entrevista não utilizavam nenhum método contraceptivo e as que utilizavam.

TABELA 4-25 INTENÇÃO DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO ANO SUBSEQUENTE À PESQUISA ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Sim	16.4	15.2	13.9	13.4
Não	21.0	18.2	18.0	21.4
Não Resposta	60.5	64.9	67.6	63.5
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Observando a tabela 4-25, o que se denota são altos percentuais de não respostas, sobretudo em Recife/PE especialmente entre as mulheres brancas (67.6%). Estes representam as mulheres que estavam utilizando algum método no momento da entrevista ou que eram esterilizadas, fizeram histerectomia ou em menopausa.

Quanto às respostas, se constatou certa regularidade entre as diferentes categorias raciais em termos percentuais, contudo em Belo Horizonte/MG a intenção de utilização foi maior que Recife/PE sobretudo, entre as mulheres brancas (16.4%).

TABELA 4-26 PERCENTUAIS DE PREVISÃO DE UTILIZAÇÃO FUTURA DE MÉTODO CONTRACEPTIVO ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		Recife/PE	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Sim	47.4	48.9	37.2	41.0
Não	14.2	11.3	7.0	6.9
Não Resposta	38.1	39.6	55.2	51.7
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

A utilização futura de método teve percentuais elevados entre as mulheres que declararam intenção de utilização de algum método no futuro. Em Belo Horizonte, brancas (47.4%) e negras (48.9%), sobretudo as últimas se sobrepuseram aos percentuais encontrados para Recife/PE.

Também aqui se faz necessário destacar altos percentuais de não resposta. Para a cidade do Recife/PE estes tiveram maior expressividade entre as mulheres brancas (55.2%). Estes percentuais

representam as mulheres que estavam usando algum tipo de método contraceptivo ou que embora não estivesse usando não pretendiam fazê-lo nos 12 meses subsequentes á pesquisa. Além dessas, as mulheres esterilizadas, histerectomizada ou em menopausa estão incluídas nestes percentuais.

Finalizando a análise sobre possíveis diferenciais entre a população de Belo Horizonte/MG e Recife/PE quanto ao conhecimento e uso de contraceptivos e valendo do recorte raça/cor, se buscou especular sobre a preferência das mulheres nestas duas cidades quanto à um tipo de método contraceptivo, este indicado para uma eventual utilização futura.

As mulheres que declararam em questão anterior não terem intenção de utilizar método contraceptivo no futuro e as histerectomizadas, esterilizadas ou em menopausa correspondem aos percentuais de não respostas na tabela 4-27. Nota-se um incremento nos percentuais de Recife/PE, fato justificado pelo maior número de esterilizações nesta cidade.

TABELA 4-27 PERCENTUAIS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS INDICADOS PARA UTILIZAÇÃO FUTURA ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE BELO HORIZONTE/MG E RECIFE/PE POR RAÇA/COR.

	Belo Horizonte/MG		**Recife/PE**	
	Brancas	Negras	Brancas	Negras
Pílula	24.4	23.1	17.0	14.4
DIU	7.4	10.1	5.5	5.3
Implantes	5.1	5.7	3.2	7.7
Diafragma	0.2	0	0	0
Espermicida	1.1	0.3	0.2	0
Pres.Masc.	4.5	3.8	3.2	4.1
Pres. Femin.	9.4	9.2	9.2	8.8
Est. Masc.	1.6	1.2	0.9	1.0
Est. Feminina	1.9	4.2	3.0	3.2
Tabela/Abst.	6.7	5.4	6.4	8.0
Coito Interromp.	0.1	0.2	0.6	1.0
Ant. Emergência	0.6	0	0	0
Outro	0.3	0.3	0.4	0.2
Não Respostas	35.9	35.8	48.3	45.2
Total	366010	405625	180362	271410

Fonte: Programa de Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor SRSR Cedeplar/UFMG 2002

Mais uma vez, a pílula hormonal surgiu como o método contraceptivo mais indicado para utilização futura principalmente em Belo Horizonte/MG onde os percentuais de brancas e negras se equilibraram. Também em Recife/PE os percentuais de mulheres brancas foram superiores (17.0%) para este método.

O DIU embora tenha obtido percentuais de conhecimento em menção espontânea e utilização corrente diferenciada, ou seja embora mencionados pouco utilizados, surgiu como um dos métodos mais indicados para utilização futura pelas mulheres, destaque para as moradoras negras de Belo Horizonte/MG (10.1%). Os implantes por sua vez, tiveram preponderância entre as negras de Recife/PE (7.7%).

Outro ponto importante encontrado foi a indicação do preservativo feminino em ambas as cidades, com percentuais superiores aos preservativos masculinos. Além disso, tal método não apareceu entre as indicações de métodos utilizados. Contudo, a distribuição entre as categorias raciais foram semelhantes, tendo valores em torno de 9%.

As esterilizações cirúrgicas tiveram percentuais reduzidos de modo geral, embora 4.2% das negras em Belo Horizonte/MG tenham a indicado. É interessante observar como a tabela e a abstinência periódica foram mencionadas para utilização futura embora, o uso corrente tenha apresentado percentuais mínimos. Importante destaque deve ser dado, às indicações deste método entre a população negra da cidade do Recife/PE: 8.0%.

CONCLUSÃO

Discutir a situação das mulheres quanto à sua saúde reprodutiva, tem sido um desafio empreendido por muitos estudiosos contudo, tais estudos têm tido sua eficácia questionada uma vez que, pouco têm sensibilizado os formuladores de políticas públicas, o que pode ser evidenciado pela carência de iniciativas efetivas voltadas ao tema. É necessário destacar que algumas iniciativas, como leis que privilegiam questões inerentes à em especial à contracepção foram construídas, porém implementadas de forma muito heterogênea no país, o que acaba comprometendo seus objetivos.

Quando à saúde reprodutiva se soma especulações sobre os diferenciais existentes na população considerando a categoria raça/cor, o problema se torna mais complexo. As discussões sobre raça no Brasil são difíceis de serem travadas, devido à toda história de construção da população de nosso país. Passamos por muitas fases nos estudos sobre raça, onde esta foi entendida de formas diferenciadas contudo, a herança de uma pretensa igualdade e mesmo uma "democracia racial"(inicialmente no meio acadêmico e posteriormente disseminada na sociedade), ficou como nossa "marca registrada" dificultado ainda mais as análises que têm como objetivo mapear possíveis diferenças entre os grupos raciais. Ponto interessante à ser observado é como a população brasileira se classifica quanto a raça, havendo geralmente percentuais baixos de população negra e

destaque para a população parda, o que evidencia a dificuldade da população no trato com o tema. Assim a segregação da população negra é fato, em dimensões que abrangem toda a vida desses indivíduos ou seja desde mercado de trabalho até mesmo a saúde. Como salienta PERPÉTUO (2000:02), estudos de caráter demográfico constataram grandes diferenciais na mortalidade como fecundidade dos pertencentes à categoria negra de nossa população.

A força das diferenças entre os grupos sociais em nossa sociedade, pode ser demonstrada por alguns indicadores sociais (taxa de analfabetismo, anos de escolaridade, renda ,etc) recentes. Tais indicadores detectam que, mesmo quando existem melhorias na população em geral, se mantêm sensíveis diferenças entre os grupos sobretudo, entre brancos e negros.

No estudo aqui desenvolvido se enfrentou o duplo desafio de estar trabalhando a contracepção, tema constitutivo do campo definido pelo conceito de saúde reprodutiva, vinculando-o aos grupos raciais, brancos e negros. Além disso, o estudo teve sua importância aumentada pela especificidade de seu público alvo: as mulheres. Estas, embora tenham alcançado inúmeras conquistas sociais, permanecem sobremaneira expostas e mesmo frágeis quando se pensa em termos de saúde reprodutiva.

Os resultados nos permitiram fazer apontamentos de um quadro, que confirmam diferenciais referentes ao conhecimento e utilização de contraceptivos quanto aos grupos raciais. A desvantagem da população negra fica evidente numa série de quesitos ao quando comparadas as cidades e mesmo quando estas últimas foram observadas individualmente, por sua vez, o que corrobora estudos que evidenciam tal fato para o Brasil como um todo.

Quanto à contracepção especificamente, os resultados confirmam diferenças entre as mulheres das duas cidades tanto em relação ao conhecimento quanto à utilização de métodos. Estas diferenças, cabe ressaltar, já evidenciadas por pesquisas em diferentes épocas, como a DHS(Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) que detectaram o impacto regional e concomitantemente condicionantes sócio-econômicos individuais atuando sobre questões ligadas à contracepção.

Há que se considerar que dentro das premissas colocadas pelo surgimento do conceito de saúde reprodutiva, se pôde observar indícios de alterações nas condições de vida das mulheres estudadas, no sentido da construção de relações negociadas embora, estes tenham sido pequenos.

Devemos estar tentando sensibilizar a sociedade através de estudos para a importância do quesito raça/cor, como fonte de informações nas mais variadas áreas. No Brasil existe certa

"banalização" de tal categoria, no sentido de não incorporá-la como item primordial à identificação de sua população, sobretudo nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M.J. O.2001.Reflexões sobre a saúde da mulher negra e o Movimento Feminista.In: IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no. 23, pp24-26.

ÁVILA, M.B.;CORREA,S.1999. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no brasil: revisitando percursos.In: GALVÃO,L; DÍAZ, J. (ORGs) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec/Population Council pp 71-103.

BEMFAM. 1992.Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste Brasil 1991.Rio de Janeiro, Outubro.

BEMFAM. 1994.Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste Brasil 1991.Rio de Janeiro, Junho.

BEMFAM. 1999. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde/1996. Rio de Janeiro,2ª Ed.

BERQUÓ, E.;BERCOVICH,A.;GARCIA, H.E.1986. Estudo da dinâmica demográfica da população negra no Brasil. Campinas, Nepo/Unicamp.

BERQUÓ, E.1994.Esterilização e Raça em São Paulo. In Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Vol. 11, no. 1. Campinas, São Paulo.

BERQUÓ, E.1994. Esterilização e raça em São Paulo. Revista brasileira de estudos de população/ABEP, vol.11, no.1, jan/jun, São Paulo.

BERQUÓ, E.2001 "Importância dos estudos sobre a população negra." IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no.23, Março, pp

BRASIL, CONSTITUIÇÃO. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil.Promulgada em 5 de outubro de 1988.

CARVALHO, J. A.M.;PAIVA,P.;SAWYER,D.1981 A recente queda da fecundidade no brasil: evidências e interpretação.Trad. Haydn Coutinho Pimenta. Monografia no. 12.Belo Horizonte, Cedeplar.

CARVALHO, J. A M.;SAWYER,D.;RODRIGUES,R.N.Introdução à alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro.

CASTELLS, M.1999 "O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação". IN: CASTTELS, M. O Poder da Identidade, Vol. II. São Paulo. Paz e Terra (pp 169-286).

CHARCHAN, A.S.2001.Cesárea e Esterilização: condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no. 23, Março, pp 44-47.

CHARCHAN, A.S; MAIA, M.B. (2002).Grupos de Planejamento Familiar dos Centros de Saúde de Belo Horizonte: proposta de avaliação da qualidade do serviço ofertado na rede. In: Encontro da Associação de Estudos Populacionais, 13º, 2002, Ouro Preto.(Disponível em Cd-rom).

CNPD 1999. Cairo + 5 O caso brasileiro. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Brasília.

COSTA, A. M.1996 Planejamento Familiar no Brasil. Revista de Bioética vol.4 no.2.Brasília: Conselho Federal de Medicina.

DÍAZ,J.;DÍAZ,M.1999. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias de mudança. In : GALVÃO,L;DÍAZ,J.(ORGs) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed.Hucitec/Population Council pp209-233

FILGUEIRAS, B.S.C.2002 "Gravidez na Adolescência e Planejamento Familiar: dimensões do problema e uma análise qualitativa de políticas públicas. I Concurso Nacional de Monografias-Para o Brasil dar certo, setembro,

GIDDENS, A.1993. A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor & Erotismo nas sociedades modernas. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista;

GIFFIN,K;COSTA,S.H.(ORGs)1999.Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;

GOGNA, M.;RAMOS,S.1999 "Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs". IN: PARKER,R.;BARBOSA,M.R.(Orgs). Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder. Ed. 34,IMS/UERJ.(p 228-248);

GOLDANI, A.M; 1999 "O regime demográfico brasileiro nos anos 90:desigualdades, restrições,e oportunidades demográficas". In: GALVÃO,L;DÍAZ,J.(ORGs) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed.Hucitec/Population Council pp25-67

HARAWAY, D.1991 "Gênero" para um Dicionário Marxista : a política sexual de uma palavra. Trad. Mariza Correa (Mimeo)

MACHADO, R.1979. "Introdução: Por uma genealogia do poder, pp XIV". In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder.pp. VII à XXIII

PARKER,R.;BARBOSA,M.R.1996."Introdução".IN:PARKER,R.;BARBOSA,M.R.(Orgs) Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ;

PERPÉTUO,I.H.O. Raça e acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva. Departamento de Demografia /Cedeplar UFMG. Junho,2000.

SANT'ANNA,W.(2001). Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil:as revelações possíveis do IDH e do IDG. IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no. 23, Março, pp16-19.

SCHWARCZ, L.K.M.1995 "Nomeando as diferenças: a construção da idéia de raça no Brasil". IN Villas-Boas, G.; Gonçalves, M.A. (ORGs.). O Brasil na virada do século: o debate dos cientistas sociais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p 177-191.

SCHWARCZ, L.M; QUEIROZ, R.S.(org.) Raça e diversidade. São Paulo: Edusp, pp 47-74.

SCOTT, J.1995. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. Vol.20 (2) jul. dez., pp 71-99;

SILVA, S.M.V.2000.Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no brasil. Scripta Revista Electrónica de Geografia y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, no.69,1o de agosto.

SOBRINHO, D.F.1991 Estado e População: Uma história do Planejamento Familiar no Brasil. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/ UFMG.Ed. Rosa dos Tempos.

SOUZA, V.C.2001. "Miomatoses em Negras e Brancas brasileiras: semelhanças e diferenças" IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no.23, Março

VILLELA, W.V.1999 "Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala" IN: GALVÃO,L;DÍAZ,J.(ORGs) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed.Hucitec/Population Council pp (310-323);

WERNECK, J.2001. "AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras". IN: Jornal da Rede Saúde, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, no.23, Março, pp 31-33.

Bolsista Júnia Valéria Quiroga da Cunha

Uso e negociação do preservativo por parte de mulheres casadas e unidas, brancas e negras em Belo Horizonte e Recife.

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste relatório é discutir a questão da prevenção à HIV/DST no âmbito de uniões estáveis com coabitação, focalizando na dimensão da negociação e uso da camisinha masculina e/ou feminina. Os dados utilizados foram coletados no *survey* sobre saúde da mulher realizado pelo projeto Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça (CEDEPLAR /SOS-CORPO) em 2002 em Belo Horizonte e Recife. O universo de análise compreende mulheres heterossexuais de 15 a 59 anos, negras e brancas, casadas e unidas, residentes em ambos municípios.

O estudo foi motivado pela necessidade de se ampliar a investigação sobre os diferencias de raça da epidemia da Aids e pela maneira como o contexto atual da epidemia da Aids se relaciona com questões de gênero - como a negociação sexual- que confere às mulheres que vivem em parcerias estáveis maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Maiores comentários a esse respeito são feitos na seção *Contextualização*.

A seção *Comportamento Preventivo no Âmbito de Uniões Estáveis e "Confiáveis"* apresenta as bases bibliográficas sob as quais foi pensada a questão e está seguida pela seção de *Dados* na qual se explica sobre a base de dados e a seleção da amostra deste estudo. As seções *Perfil da Amostra* e *Contexto da Negociação e Uso de Preservativo* apresentam análises descritivas da amostra e, juntamente com as *Considerações Finais,* é esboçada uma agenda de pesquisa futura.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O debate sobre a prevenção de HIV/DST's em relacionamentos heterossexuais estáveis vem ganhando força na medida em que se constata a tendência de heterossexualização de uma epidemia que, em seus começos, foi chamada de "peste *gay"* .

O primeiro caso de Aids no Brasil foi notificado em 1982. Em seus começos, a Aids atingiu fundamentalmente homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres trabalhadoras do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI). Por terem sido os primeiros casos, considerou-se que esses eram "grupos de risco" para a epidemia e que a transmissão se dava exclusivamente por essas vias. Segundo dados da CNDST/AIDS, entre 1980 e 1990, as vias de transmissão homo e bissexuais

somadas correspondiam a 45,5% dos casos de Aids, em segundo lugar vinham as transmissões de UDI, que acumulavam 20,3% das notificações e eram seguidas pela via heterossexual de transmissão, correspondente a 16,4% dos casos. Em 1983, ano da notificação do primeiro caso feminino da epidemia, havia um caso feminino para cada dezoito casos masculinos, em 1985 essa razão subiu para 25,3 e logo começou a declinar, tendo chegado a 5,8 em 1990. Na década de noventa, intensificou-se o declínio da razão de sexo, que chegou a 1,8 em 2000. O aumento da incidência Aids entre mulheres foi identificado como outra tendência da epidemia: a feminização.

Contrário ao que se poderia supor pela concepção de grupos de risco, ao processo de feminização da epidemia não correspondeu um aumento no número de casos de infectados UDI, sugerindo que não foi essa a categoria de exposição preponderante como via de transmissão das mulheres. De fato, ao longo da década de noventa, notificações classificadas na via de exposição UDI declinaram tanto para mulheres como para homens. A principal via de exposição da infecção continuou sendo a sexual, contudo a transmissão pela via homossexual e bissexual deixou de ser predominante, passando de 45,5% entre 80 e 90 para 21,5% entre 91 e 2000 enquanto a via heterossexual de transmissão aumentou em 24,3 pontos percentuais, acumulando 40,7% dos casos notificados na década de noventa. Insistindo na concepção de grupos de risco, isso eqüivaleria dizer que a maior incidência do HIV em mulheres ao longo da década de noventa se deu exclusivamente em trabalhadoras do sexo.

Porém, de acordo com dados do Ministério da Saúde, "mais da metade das mulheres portadoras do HIV tiveram, em média, de 2 a 3 parceiros ao longo da vida, o que desfaz definitivamente o mito da promiscuidade associada à infecção pelo HIV em mulheres" (VILLELA, 200?:10-11).

À luz da concepção de grupos de risco, o entendimento dessas tendências da epidemia torna-se sumamente confuso. Como isso foi percebido pouco tempo depois que essa concepção começou a ser usada, promoveu-se a substituição da categoria de análise de grupos de risco para a de comportamentos de risco, que não implicava na estigmatização de determinados indivíduos como se eles carregassem o risco como característica pessoal, mas sim de determinados comportamentos tidos como arriscados.

Atualmente já se sabe que o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis - especificamente o HIV- não é uniforme na população e atinge mais gravemente os segmentos mais vulneráveis como os jovens, os pobres e as mulheres. Nesse sentido, os determinantes do risco vem sendo estudados como categorias cuja distribuição pode determinar diferentes perfis de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade ultrapassa a noção epidemiológica de risco e "(...)

busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais e de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema" (AYRES et al, 1999: 65).

Dado o contexto de feminização da epidemia sobre o qual já se discorreu, pode se considerar que dentre as características individuais e sociais que levam a uma maior vulnerabilidade está o comportamento sexual dentro de parcerias estáveis. Mulheres que têm parceiro sexual fixo não mantêm, de maneira geral, comportamento preventivo à infecção em função do alto grau de confiança atribuído aos parceiros devido à estabilidade da parceria. Dimensões das relações de gênero muito arraigadas na sociedade inibem a discussão do comportamento preventivo nessas uniões e comprometem, portanto, o combate à epidemia.

Além do gênero, a condição socioeconômica determina a vulnerabilidade ao HIV. De acordo com dados da CNDST/AIDS, na década de oitenta 33,4% dos casos notificados era de pessoas com sete anos de estudo ou menos, em 2000, esse percentual já era de 58,9%, indicando a pauperização da epidemia. Entre as mulheres, essa tendência se manifesta com maior gravidade, sendo que 58,4% das notificações femininas era de mulheres com até sete anos de estudo completos, entre os homens o percentual era de 49,8 %.

No Brasil, a pobreza está profundamente relacionada à questão racial que se insere na estrutura social brasileira como um dos mais marcantes reflexos da desigualdade. O fato de ser recente a coleta do quesito raça nas notificações de casos de infecção pelo HIV impede que se conheça a distribuição racial dos casos, inibindo o conhecimento de vulnerabilidades específicas e – conseqüentemente – a elaboração de estratégias de combate mais eficazes. Porém, considerando a maior vulnerabilidade social da população negra no que diz respeito a condições de habitação, maiores taxas de mortalidade infantil e níveis de escolaridade mais baixos, é pertinente supor que a população negra também está mais vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis.

NEGOCIAÇÃO DO COMPORTAMENTO PREVENTIVO NO ÂMBITO DE UNIÕES ESTÁVEIS E "CONFIÁVEIS"

"Para que tentar reter um parceiro que nos coloca em risco de vida?" Com essa indagação, VILLELA (1996:190) finaliza algumas reflexões sobre a negociação sexual, nas quais destaca que a negociação sexual entre homens e mulheres sempre ocorre mesmo que não seja verbalizada e de forma a manter um sistema de trocas em que a segurança material oferecida pelo homem é paga com o sexo e a dedicação da mulher. Nesse contexto, a dificuldade imposta pela ameaça do HIV à negociação é de que ela já não pode se realizar de maneira velada e, com sua explicitação, ocorre

um desequilíbrio na dinâmica do "sistema de trocas sexuais" mantido pelo casal que obriga discutir a moeda de negociação e o novo valor a ela atribuído. A autora destaca que a vivência diferenciada da sexualidade por parte das mulheres remete a vulnerabilidades diferenciadas que não podem ser tratadas da mesma forma, mas cuja tônica comum pode ser o estímulo à associação das idéias de prazer e segurança entre os diversos grupos de mulheres.

Nessa mesma linha, entendendo que a negociação sexual pode ser explícita ou implícita e opondo-se à premissa da comunicação verbal para a efetivação da barganha, BARBOSA (1997) confronta depoimentos individuais e percepções sociais sobre negociação sexual, de homens e mulheres de camadas médias urbanas. A autora propõe explorar as dimensões da negociação como idéia-chave da prevenção e, ao analisar os trabalhos que discutiram a questão anteriormente, encontra um ponto comum: as relações de gênero seriam responsáveis pela incapacidade feminina de negociar o uso do *condom* e de modificar a estrutura de gênero em que se inserem. Essa circularidade conferiria à mulher uma posição necessariamente vitimizada e ao gênero uma força inextricável advinda de um sistema de poder monolítico que aprisiona as mulheres - e, por quê não?- também os homens. O trabalho de BARBOSA (1997) busca uma visão mais fluida de poder, concebido de maneira horizontal e garantindo a ambas partes da negociação possibilidades de ação e de reação. Os resultados de seu estudo revelam ser evidente essa possibilidade de redimensionamento e redistribuição do poder entre as partes; porém, a associação de uma maior autonomia feminina com a negociação da prevenção só se verifica entre mulheres solteiras e separadas. Nos relacionamentos estáveis, a negociação do uso do *condom* esbarra na questão da confiança entre os parceiros.

O discurso da confiança é analisado por diversos trabalhos dentre os quais destacam-se os de GUIMARÃES (1996; 2001). Conhecer o parceiro é o método de prevenção mais usado entre as mulheres de camadas populares entrevistadas pela autora. Muitas dessas mulheres são soropositivas infectadas, na maioria das vezes, pelo parceiro que julgavam "conhecer"; a infecção rompe o eixo do valor família (HEILBORN e GOUVEIA, 1999; DUARTE, 1984) em torno do qual se constituía a identidade social da mulher. Embora não se constituam como objeto deste estudo, interessantes trabalhos vem sendo produzidos sobre o (re) dimensionamento da relação conjugal frente a soropositividade dos parceiros ou de um dos parceiros (CAMPOS, 1996; KNAUTH, 1998 e outros). Para o que aqui nos compete, o trabalho de GUIMARÃES, além de elaborar de maneira cuidadosa e clara a questão da confiança, levanta uma série de questões úteis para se entender perfis diferenciados de vulnerabilidade. Para ela, a questão da pobreza é mascarada tanto em estatísticas oficiais como em arquivos públicos (ela analisou protocolos de

hospitais) que, pelo mau preenchimento das informações que permitiriam maior conhecimento das "hierarquias sociais" da Aids, desenham "um perfil sociologicamente vazio, porém estatisticamente quantificável" (2001: 124).

GUIMARÃES (2000) procurou analisar a questão racial em seu estudo, mas se deparou com a descontinuidade da captação da informação nos protocolos; além disso, ela avaliou que tanto alter como autoclassificação refletiam, nesses documentos, o ideal do branqueamento, conseqüência provável da "imagem social" do portador de Aids ser a do homossexual branco com boa situação financeira. A autora comenta o prejuízo causado pela desconsideração do enfoque racial, associado à "imagem social" branca e homossexual da epidemia, na medida em que mulheres - brancas ou negras - não se vêem como potenciais vítimas da epidemia e, ainda mais distantes da idéia de risco pessoal estão os parceiros negros dessas mulheres.

Ainda entre os que reclamam a possibilidade de se conhecer a distribuição racial da epidemia, PINHO et. al. (2002) apontam que a condição de vulnerabilidade social vivida pela população negra sugere também a sua maior vulnerabilidade à epidemia. Foram analisados dados de um estudo amostral[28] com jovens de 16-24 anos segundo os quais, os jovens negros fazem menor uso de preservativo que os brancos, para ambos sexos. Os autores lançam o apelo para que mais estudos sejam realizados sobre a situação de vulnerabilidade da população negra às doenças sexualmente transmissíveis.

Ao avaliar comparativamente o perfil de mortalidade entre brancos e pretos no estado de São Paulo, BATISTA (2002) verificou que a mortalidade da população preta é mais elevada do que a branca para uma série de causas das quais a Aids forma parte. Segundo o autor, isso se explica pela "suscetibilidade e [pela] vulnerabilidade social e programática dos negros" (p.207). Seu estudo expõe a necessidade de políticas públicas específicas de combate à epidemia nesse grupo populacional e denuncia a demora de diagnóstico dos casos de mulheres e homens pretos por parte de profissionais de saúde, além de sugerir que o processo de negociação sexual para as mulheres pretas apresenta maiores dificuldades do que para as mulheres brancas em função da baixa valoração social - em todos os níveis - dessas mulheres.

[28] *Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/AIDS* (CEBRAP- MS-SAS-PNDST/AIDS)

DADOS

4.1. A pesquisa “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça”.

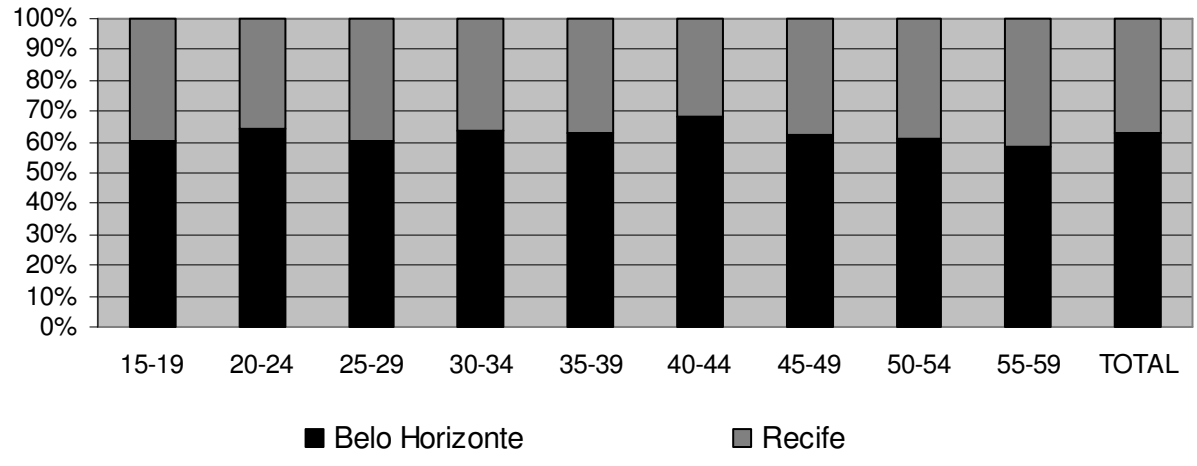
A pesquisa na qual foram coletados os dados que se utilizam neste trabalho foi conduzida pelo projeto de ensino e pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça - SRSR. Em Recife, a coleta de dados foi realizada em parceria com a ONG SOS-Corpo. O objetivo geral do projeto SRSR foi qualificar alunos de graduação e pós-graduação através de módulos de ensino e pesquisa em sexualidade, saúde reprodutiva e raça. A conjunção das questões teóricas e metodológicas fundamentou o trabalho realizado ao longo dos módulos e a operacionalização das etapas de uma pesquisa quantitativa como a confecção do questionário, a extração da amostra, a coleta dos dados, a criação do banco de dados e a sua análise.

A coleta de informações teve como instrumento um questionário contendo aproximadamente 370 questões, fundamentalmente fechadas, divididas entre os seguintes blocos: Caracterização do domicílio; Caracterização da Entrevistada; Utilização de Plano de Saúde; Reprodução; História de Gravidezes; História de Nascimentos; Pré-natal; História de Partos; Pós-parto; Anticoncepção; Atendimento/Acompanhamento Médico – Autoconhecimento; Casamento e Atividade Sexual; DST/AIDS – Noções e Prática de Sexo Seguro; Planejamento da Fecundidade; Características do Marido/ Companheiro.

O processo de amostragem foi estratificado e proporcional aos setores em três níveis: município, setor censitário e domicílio. Entre abril e outubro de 2002, foram levados a campo 4.490 questionários. Obteve-se um total de entrevistas completas de 2.409 mulheres, de 15 a 59 anos, 1301 (54%) das quais no município de Belo Horizonte e 1108 (46%) em Recife. Uma vez inseridos os pesos, a amostra passou a ser representativa de 1.325.364 mulheres assim distribuídas entre os municípios: 62, 6% (829.484) em Belo Horizonte e 37,4% (495.880) em Recife. As tabelas, gráficos e análises apresentados neste relatório se referem à amostra com peso.

O GRAF. 1 apresenta a distribuição etária da amostra nos dois municípios; conforme se verifica, Belo Horizonte representa aproximadamente 60% dos casos em todos os grupos etários, padrão que é mantido no total global.

Gráfico 1:
Distribuição Relativa da amostra por município de residência segundo grupo etário - Belo Horizonte e Recife, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

4.2. A pesquisa e a situação conjugal das entrevistadas.

Conforme chamou a atenção BUMPASS (1990), os conceitos de solteiro e casado mudaram com a não obrigatoriedade social do casamento legal para que ocorra a coabitação. Eventualmente, a coabitação pode ser encarada como um casamento não formalizado. Em outros momentos, a coabitação representa um "teste" prévio ao casamento, que só ocorre se a experiência de coabitação tem êxito. Há ainda arranjos em que a coabitação é considerada uma opção que não guarda relações com o casamento.

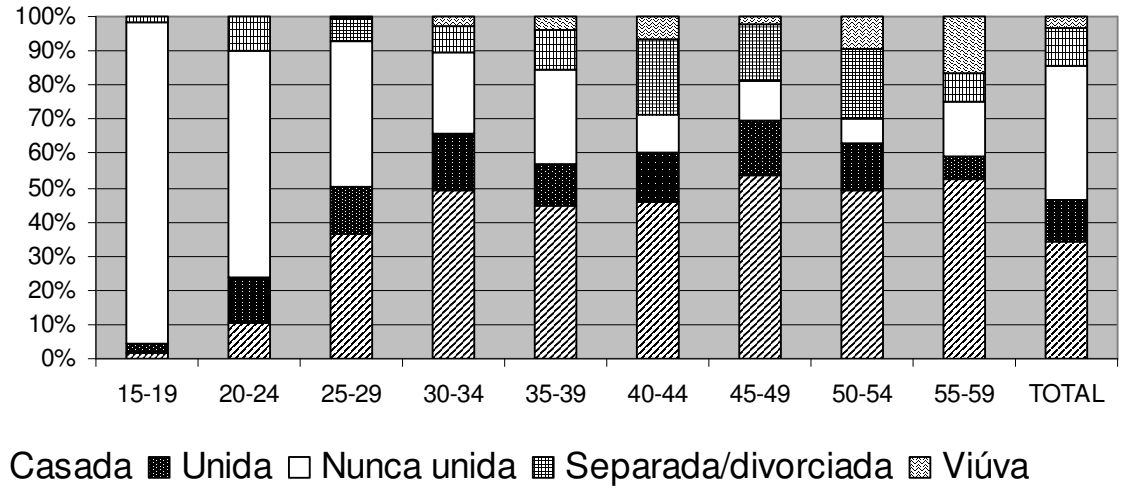
Essas mudanças são captadas na pesquisa com perguntas sobre o estado civil, a coabitação atual, parcerias sexuais atuais, situação conjugal atual, duração de uniões legais ou consensuais atuais e anteriores. O estado civil indica a situação legal da união, porém, pode ser que a oficialização das uniões e de seus rompimentos obedeça a uma lógica distinta daquela que orienta a percepção dos indivíduos sobre a sua situação conjugal atual. Essa razão orientou a opção de se trabalhar, no âmbito deste relatório, com a variável situação conjugal.

Considerando a situação conjugal da amostra total, no momento da entrevista, 474.090 (35,7%) das mulheres nunca tinham vivido em união, 419.610 (31,6%) estavam casadas, 207.378 (15,6%) estavam unidas, 177.357 (13,4%) estavam separadas ou divorciadas e 45.035 (3,4%) estavam viúvas.

Os GRÁFS. 2 e 3 mostram a situação conjugal das mulheres em Belo Horizonte e em Recife segundo grupo etário. Entre as idades de 15-19 anos, chama a atenção a proporção das

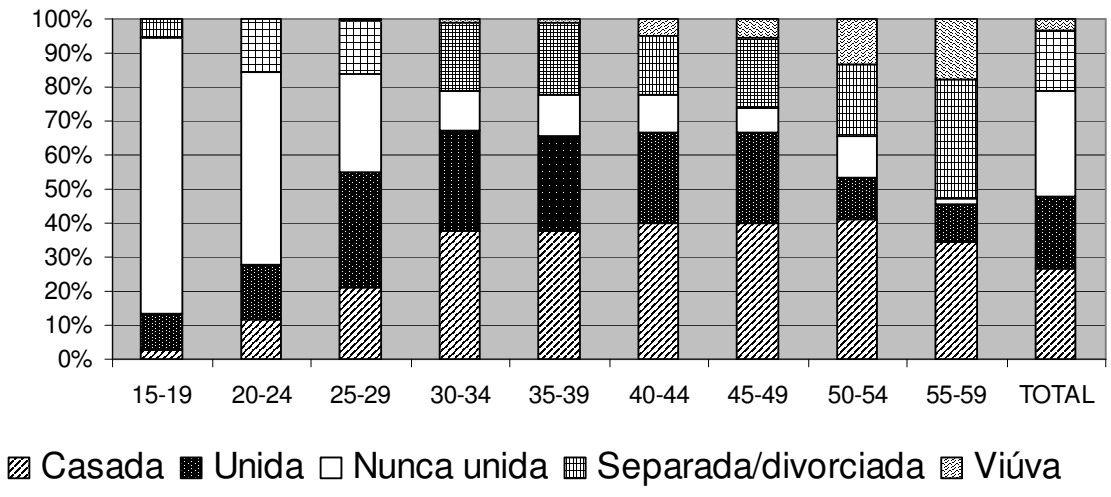
residentes em Recife que vivem em união. Em Belo Horizonte, 4,2% das mulheres desse grupo etário viviam em união no momento da entrevista sendo 1,4 % dessas unidas e, 2,8% casadas. Em Recife, o percentual das unidas/ casadas sobe para 13,1% das quais, 10,3% estavam unidas e, 2,8% casadas. Essas observações podem estar indicando a existência de um padrão mais jovem da nupcialidade em Recife, caracterizado pela preferência por uniões consensuais aos casamentos formais. Em ambos municípios o percentual de mulheres em união supera o de nunca unidas a partir do grupo etário 25-29 anos, permanecendo superior até o último grupo etário considerado.

Gráfico 2:
Situação conjugal segundo grupo etário - Belo Horizonte, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

Gráfico 3:
Situação conjugal segundo grupo etário - Recife, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

4.3. A pesquisa e a raça das entrevistadas.

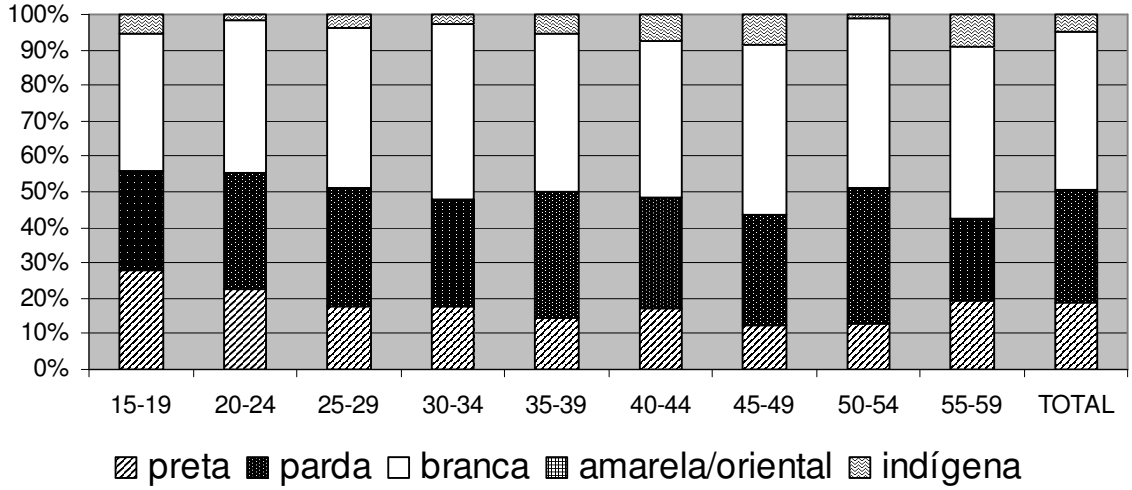
De maneira geral, as pesquisas no Brasil tendem a deixar de lado o aspecto da cor/raça sendo que essa informação – quando coletada – é analisada apenas como um dos pontos da caracterização sócio-demográfica da população. Lamentavelmente, os estudos na área de saúde reprodutiva não fogem a essa generalização.

Dentre outras coisas, esse "desinteresse" se justifica pela dificuldade de se captar e analisar informações sobre raça sendo que não há consenso sobre quais seriam as categorias raciais que descrevem mais adequadamente a população brasileira. Nesse sentido, vale ressaltar que a pesquisa realizada oferece, no bloco "Caracterização da Entrevistada", uma série de questões sobre a percepção racial das entrevistadas captando o quesito raça em questões abertas e fechadas e ensaiando variações das categorias censitárias (branco, preto, pardo, amarelo, indígena).

Segundo a autoclassificação racial das entrevistadas, 559.342 (42,2%) se declararam brancas, 227.522 (17,2%) pretas, 468.374 (35,3%) pardas, 1.976 (0,1%) amarelas e 64.603 (4,9%) indígenas. 3.546 mulheres (0,3%) não souberam se classificar quanto a cor/raça segundo as opções disponíveis.

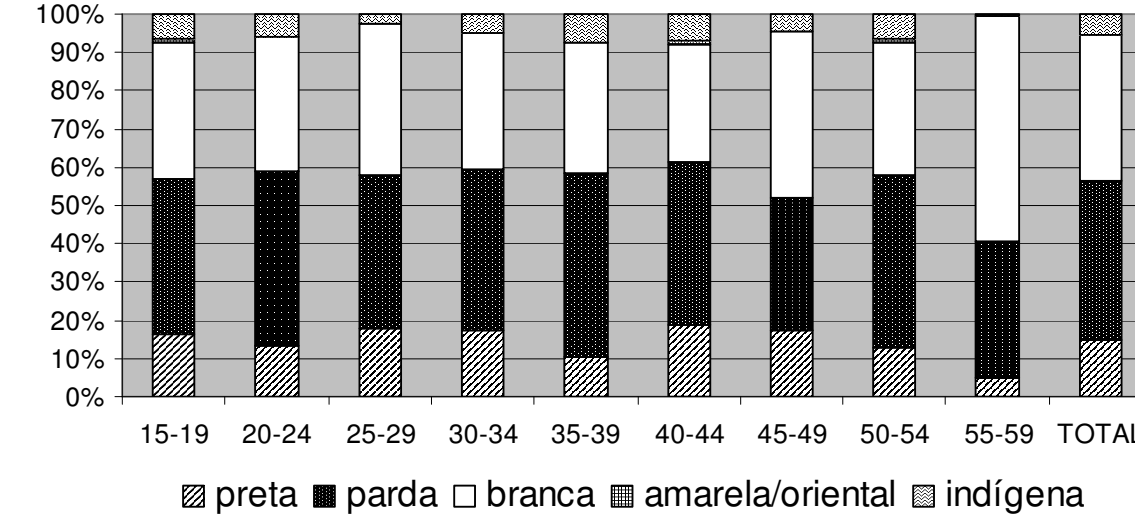
Os GRÁFS. 4 e 5 apresentam a distribuição racial relativa das entrevistadas em Belo Horizonte e Recife segundo o grupo etário.

Gráfico 4:
Distribuição racial segundo grupo etário - Belo Horizonte, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

Gráfico 5: Distribuição racial segundo grupo etário - Recife, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

4.4. A seleção da sub-amostra deste estudo

O objetivo de se estudar a adoção de prevenção a HIV/DST's em uniões estáveis com coabitação orientou a seleção da sub-amostra considerada. O comportamento preventivo foi analisado no nível de duas variáveis: a) número de homens com os que a entrevistada manteve relações sexuais com penetração nos últimos 12 meses e b) uso de camisinha masculina ou

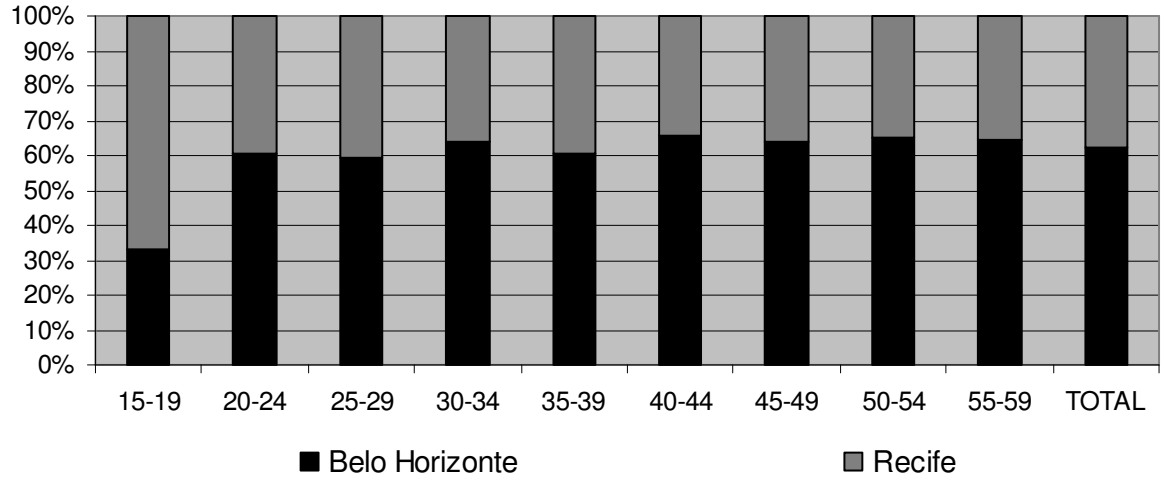
feminina na última relação; por tal razão, foram excluídas da amostra deste estudo as mulheres que se declararam homossexuais e aquelas que declararam estar, na época da entrevista, tentando engravidar.

Nenhuma das mulheres que se declarou homossexual (n= 5.899) havia tido relação sexual com penetração com alguém do sexo masculino nos últimos 12 meses e, portanto, não lhes era aplicável a questão sobre o uso do *condom* na última relação. No caso das mulheres que estavam tentando engravidar (n= 13.810), seria inviável utilização do *condom* por ser ele um "método contraceptivo de barreira".

Excluídas as entrevistas das homossexuais e das que queriam engravidar, chegou-se a uma amostra de 1.305.655 mulheres. Como o objetivo deste relatório é discutir a prevenção no âmbito das uniões estáveis com coabitação, foram retiradas da amostra todas as mulheres que não se encaixam nesse perfil. A amostra final deste relatório é, portanto, formada por 611.036 mulheres que no momento da entrevista viviam em uniões ou casamentos heterossexuais e não estavam tentando engravidar. Desse total, 62,2 % das entrevistadas residia em Belo Horizonte e 37, 8 % em Recife.

O GRÁF. 6 apresenta a distribuição das entrevistadas segundo grupo etário e município de residência. No período reprodutivo (15-49) encontra-se 83% da amostra. Belo Horizonte corresponde à aproximadamente 60% da amostra ao longo de todos os grupos etários considerados à exceção do primeiro (15-19), no qual 67% das entrevistadas residem em Recife e 33% em Belo Horizonte, conforme já se comentou na seção 4.2 deste relatório, isso sugere um padrão de nupcialidade mais jovem em Recife do que em Belo Horizonte.

Gráfico 6:
Distribuição relativa da amostra por município de residência segundo grupo etário - Belo Horizonte e Recife, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

DESCRIÇÃO DO PERFIL DA AMOSTRA

Buscou-se resumir o perfil da amostra levando em consideração atributos relativos à raça, união, escolaridade e associativismo. A TAB. 1 apresenta a distribuição de freqüências das variáveis consideradas.

Na distribuição racial da amostra consideraram-se apenas as mulheres brancas e as negras (pretas mais pardas), que correspondem a 95,2% do número total de mulheres. Dentre essas 581.618 entrevistadas, as negras correspondem a 55,5% e as brancas a 44,5%.

No que diz respeito à união, considerou-se a situação conjugal da entrevistada - se casada ou unida, o número de uniões anteriores e a duração da união atual. Conforme se verifica, 66,8% das entrevistadas estava casada e 32, 8% unida. No conjunto total de uniões, em ambos os municípios e em todos os grupos etários considerados, predominam mulheres que estão vivendo a sua primeira união. Estão nessa condição 83,9% das mulheres contra 16,1%, que já tiveram duas ou mais uniões.

Quanto à duração da união atual, 53,2% do total de uniões têm duração superior a dez anos. Uniões com essa duração são expressivas a partir do grupo etário 30-34 anos, no qual são responsáveis por 32,7% do total de uniões do grupo, e passam a predominar a partir do grupo etário 35-39 anos mantendo-se assim até o último grupo. No primeiro grupo etário as uniões variam entre zero e cinco anos, predominando uniões com 1-3 anos de duração. Uniões que variam entre um e

três anos também são maioria no grupo etário 20-24 anos e essas, juntamente com as uniões de 3-5 anos de duração, correspondem a 82,1% das uniões nesse grupo. Entre 25 e 34 anos, predominam as uniões de cinco a dez anos de duração.

Segundo a declaração dada pelas mulheres entrevistadas, apenas 12,4% delas é responsável pelo seu domicílio. A grande maioria delas, 79,4% se declararam como cônjuges do responsável e 8,2% se enquadram na categoria "outros" que contempla outros laços - de parentesco ou não - com o responsável pelo domicílio. O número de mulheres responsáveis pelo domicílio, encontrado na sub-amostra, é substancialmente mais baixo do que os percentuais divulgados pelo IBGE para as grandes regiões brasileiras, segundo os quais, no Nordeste, 25,9% dos domicílios eram chefiados por mulheres em 2000 e, no Sudeste, a proporção era de 25,6%. Isso pode se dever tanto a particularidades dos municípios em relação as suas regiões, como ao fato de se ter tomado como amostra apenas as mulheres que vivem em união.

No que concerne à escolaridade, foram consideradas como importantes *proxies* do nível socioeconômico tanto a escolaridade da entrevistada como a do responsável pelo domicílio. Em ambos casos a maior porcentagem de pessoas tem entre quatro e sete anos de estudo completos; de fato, o número médio de anos de estudo é bastante próximo em ambos grupos, correspondendo a 8,23 para as entrevistadas e a 8,08 para os responsáveis pelo domicílio. Quando se analisam as médias de cada município, verifica-se que, em Recife, a média de anos de estudo é mais baixa tanto para a entrevistada (7,49 anos) como para o responsável pelo domicílio (8,04 anos). Em contrapartida, quando analisado individualmente, Belo Horizonte apresenta uma média de 8,34 anos de estudo para as entrevistadas e de 8,44 anos para os responsáveis pelo domicílio.

Finalmente, considerou-se que a religiosidade e o associativismo das mulheres pode ser relevante na análise sobre comportamento preventivo que se realizará em seguida, e cuja discussão é o objetivo neste relatório. Conforme declararam as entrevistadas, 15,8% delas não freqüenta cerimônias religiosas à exceção de bodas, batizados e eventos afins; 48% declarou freqüentar cerimônias religiosas ao menos uma vez por semana e, 35,4% disse ter freqüência ocasional a tais cerimônias. Esse padrão não apresentou diferenças substanciais entre os municípios.

No que concerne ao associativismo, a amostra se dividiu quase igualmente entre a participação e não participação em grupos ou organizações.

(Página deixada em branco para inserção da tabela 1)

3. CONTEXTO DA NEGOCIAÇÃO E USO DE PRESERVATIVO

Na TAB. 2 foi descrito o contexto em que se dá a negociação do preservativo para as mulheres da amostra selecionada. No que diz respeito ao conhecimento considerado mínimo necessário para que o uso do *condom* seja considerado uma forma de prevenção por parte das mulheres foram selecionadas duas variáveis: se sabe onde adquirir/conseguir o preservativo e se sabe que ele previne a Aids. Quanto às informações sobre onde adquirir/ conseguir o preservativo, encontrou-se que o percentual das que tem a informação é superior a 95% entre os quatro grupos considerados (casadas brancas e negras; unidas brancas e negras). As pequenas variações que há não são suficientes para não se considerar que o conhecimento sobre onde adquirir o *condom* é praticamente universal.

Ainda sobre a dimensão de conhecimento relevante à negociação do uso do *condom*, observe-se que, em todos os grupos, o percentual de mulheres que sabem que o *condom* previne a Aids ultrapassa 90%. Nesse sentido, cabe considerar que há a vasta maioria das mulheres já sabe como se prevenir contra infecções sexualmente transmissíveis embora ainda seja importante enfatizar campanhas educativas sobre a prevenção para que esse conhecimento atinja 100%.

Cabe ressaltar, contudo, que neste caso o conhecimento não se reflete na prática já que, quando perguntada sobre ter ou não usado o preservativo masculino ou feminino na última relação sexual dos últimos doze meses, a grande maioria das mulheres, fossem elas casadas ou unidas, brancas ou negras, residentes em Belo Horizonte ou em Recife declarou não ter feito o uso do preservativo. Considerando a raça, o percentual de uso é mais elevado entre a negras do que entre as brancas. No que diz respeito à situação conjugal, as casadas fazem maior uso do que as unidas. Contudo, o uso ainda é muito baixo e não chega a atingir 20% em nenhum tipo de união ou grupo racial. O percentual de uso é mais elevado entre as negras tanto casadas como unidas, mas não ultrapassa 19,3% entre as casadas negras e 17,5 % entre as unidas negras. Para as brancas, o uso entre as casadas é de 14,3% e de 11,8% entre as unidas.

Belo Horizonte, como Recife, apresenta maior uso do preservativo entre as mulheres negras do que entre as brancas. Os municípios diferem, porém, no que diz respeito ao uso segundo tipo de união, em Belo Horizonte o uso do preservativo foi maior entre as casadas e, em Recife, entre as unidas.

Considerando a hipótese de que as mulheres negras encontram-se em situação social mais desfavorável do que as brancas, surpreende que a adoção da prevenção seja mais elevada entre as mulheres negras. Contudo, antes de concluir essa análise seria necessário realizar alguns de testes estatísticos quanto a essa informação, que poderia não ser validada. Ademais, o fato do grupo das

negras mesclar mulheres pardas e pretas pode fazer com que as pardas mascarem a realidade das pretas de alguma maneira. É importante destacar, ainda, que o uso do preservativo pode estar sendo motivado pela propriedade anticonceptiva e não preventiva, nesse sentido haveria que avaliar o uso de método anticoncepcional entre os grupos raciais, já que as negras podem estar fazendo maior uso do preservativo exatamente por fazerem uso menos extensivo de métodos de contracepção. Como já se escreveu, essa análise necessita maior averiguação.

As mulheres apresentaram basicamente três argumentos para o não uso do preservativo na última relação: usa outro método, tem parceiro fixo, ela/ele/eles não gosta(m). A categoria outros engloba respostas como o custo do preservativo ou não ter tido um preservativo no momento da relação.

A justificativa preponderante para o não uso é a de que a mulher está fazendo uso de outro método anticoncepcional (incluindo a esterilização). Nesse sentido, a consideração que está sendo feita é do preservativo apenas como método anticonceptivo e não como método de prevenção de doenças. Essa questão revela nuances importantes, como o fato do preservativo ser um método "controlado" pelo homem (a camisinha feminina ainda não é tão conhecida ou utilizada) o que impõe ao casal - e particularmente à mulher – o processo de negociação "desnecessário" quando a própria mulher tem o controle do método. Ademais, o fato de o Brasil ter na esterilização um dos métodos anticonceptivos mais prevalentes, implica em um amplo contingente de mulheres que não cogitam a possibilidade de uso do *condom* nem mesmo como método anticoncepcional. A esse respeito, escreveu BARBOSA (1996: 158): "considerando que mulheres esterilizadas provavelmente têm pouca motivação para usar *condom*, é possível que no futuro a esterilização seja um fator determinante do aumento do risco de infecção nessa parcela da população".

Entre os grupos, o maior percentual de justificativas para o não uso em função de estar utilizando outros métodos é o das mulheres negras casadas e o mais baixo é o das mulheres negras unidas. Entre as brancas, as casadas também tiveram maior percentual dessa resposta do que as unidas.

O segundo maior percentual de respostas para o porquê do não uso do *condom* reafirma o argumento da confiança já encontrado em outros estudos sobre o tema e sobre o qual se discorreu na seção 4 deste relatório. Ter um parceiro fixo é considerado um método de prevenção entre um alto percentual de mulheres dentre as quais predominam as casadas e as brancas. Não se pode negar que um parceiro estável e "confiável" representa um certo grau de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, porém sabe-se que as práticas sexuais nem sempre se restringem ao parceiro fixo. Nesse sentido, estar em uma relação considerada monogâmica não é prevenção

suficiente para nenhum dos cônjuges.

Há ainda o "gosto" como questão que influencia a adoção do preservativo fundamentalmente entre as uniões consensuais de ambas raças e ambos municípios. Não gostar do preservativo na relação sexual implica entre outras coisas em argumentos como o da redução do prazer. Porém, a esse respeito cabem as indagações de VILLELA (1996) sobre qual o prazer que o *condom* evidentemente reduz: o físico ou o psicológico fundamentado em relações de gênero e concepções de exercício da masculinidade e feminilidade que podem atribuir maior valor às relações em que a proteção é considerada desnecessária.

Quando perguntadas sobre o seu grau de certeza de poder interromper a relação caso o parceiro não aceitasse usar o preservativo, aproximadamente 60% do total de mulheres, respondeu ter total certeza de que conseguiria. Em Belo Horizonte, essa resposta foi mais expressiva entre as mulheres casadas e, em Recife, entre as unidas.

Ainda segundo essa percepção pessoal de controle da relação sexual, no total de mulheres o segundo maior percentual de respostas foi o de que elas não tentariam evitar a relação. A proporção dessa resposta é mais expressiva entre as mulheres unidas, primeiramente entre as negras e logo entre as brancas. Há ainda as que responderam ter alguma certeza de que conseguiriam impedir a relação, percentual que é mais elevado para as mulheres casadas negras e logo para as brancas.

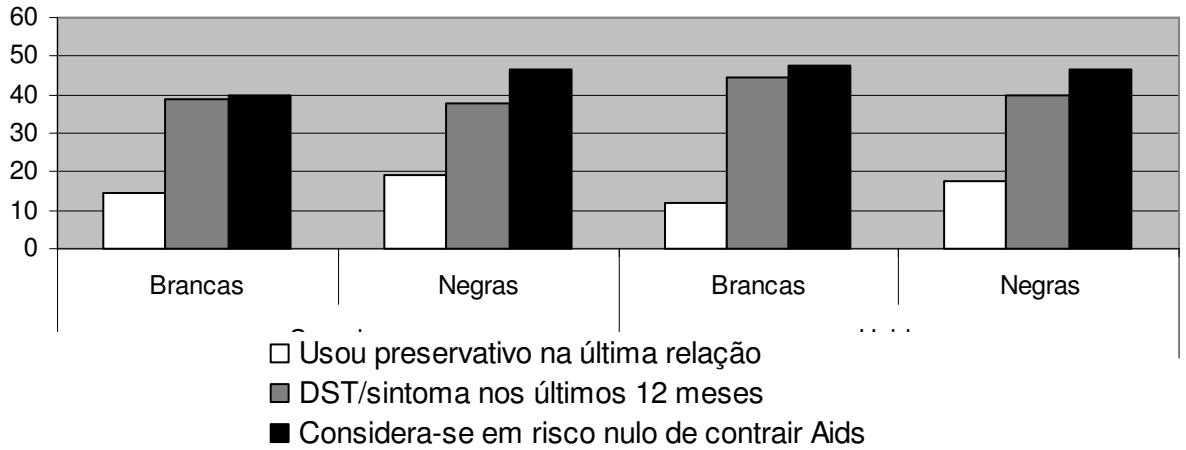
A discussão sobre a negociação da prevenção não pode estar dissociada da motivação para essa negociação. Se a mulher não se percebe em risco, ela não percebe a necessidade de prevenção, por tal razão, considerou-se importante avaliar a percepção das mulheres segundo seu risco de contrair a Aids. Mais de 45% das mulheres unidas brancas e negras e as mulheres negras casadas consideraram não correr risco de contrair a Aids. A maioria das brancas casadas considerou que tem um risco pequeno de contrair a doença e o segundo maior percentual delas não se considera em risco. As casadas negras e as unidas apontaram como segundo maior percentual de respostas o pequeno risco de contrair a doença. A partir daí, os percentuais diminuem na medida em que aumenta a percepção do risco. O maior percentual de mulheres que se consideram em grande risco de contrair a doença é de 7,2% (casadas negras) e, o menor é de 4,7% (casadas brancas).

A questão da percepção do risco pessoal foi apontada como crucial para o sucesso de campanhas de prevenção por alguns autores como GUIMARÃES (2002) e VILLELA (1998). A análise dessas autoras é de que homens e mulheres não percebem os seus comportamentos como arriscados em grande medida porque a percepção da doença que tem ainda está moldada pelas concepções de grupos de risco, não pelos comportamentos de risco e, menos ainda, pelas chamadas vulnerabilidades. Nesse sentido, homens e mulheres heterossexuais e/ou negros não se sentem em

risco de infecção, o que se traduz no entendimento de que não necessitam de prevenção.

Tentando verificar quão verdadeiro pode ser isso, apresenta-se a no GRÁF. 7 a relação entre a o percentual de mulheres que consideram nulo o seu risco de contrair Aids, o uso do preservativo e o ter tido doença ou sintoma de doença sexualmente transmissível nos doze meses que antecederam a pesquisa.

Gráfico 7:
Variáveis associadas ao risco de contrair Aids segundo tipo de união e raça - Belo Horizonte e Recife, 2002.



Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher, SRSR (Cedeplar-UFMG/SOS Corpo), 2002. Elaboração própria.

A observação do gráfico torna plausível questionar a percepção pessoal do risco de contrair a Aids como uma medida válida do risco real. Conforme se observa, a presença de sintoma ou doença sexualmente transmissível no último ano é quase tão alta como a percepção do risco nulo de contrair Aids. A alta presença de DST pode ser atribuída, entre outras coisas, ao baixo uso de preservativo já que esse não previne apenas contra a Aids, mas é também o principal método de prevenção das demais DST's.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres casadas e unidas, brancas e negras que fizeram parte da amostra em Belo Horizonte e Recife revelam alto percentual de conhecimento sobre a eficácia preventiva do *condom* contra HIV/DST/s e sabem também onde adquirí-lo. Contudo, essas mulheres fazem baixo uso do preservativo em suas relações sexuais, comportamento justificado principalmente por estar fazendo uso de outros métodos anticonceptivos, ter confiança no parceiro e o fato de não gostar do preservativo na relação sexual. Essas justificativas são melhor compreendidas quando analisadas à luz da percepção pessoal do risco de contrair a Aids, mais de 40% do total de mulheres considera não correr nenhum risco de contrair Aids embora a essa seja quase a mesma proporção do total de mulheres que declarou ter tido DST ou sintoma nos últimos 12 meses. Diante dessa freqüência de DST's, caberia perguntar a essas mulheres o porquê de sua percepção de tão baixo risco de contrair Aids.

Com o amparo da bibliografia sobre o tema, é possível aventar a hipótese de maior vulnerabilidade da mulher negra às infecções sexualmente transmissíveis em decorrência de sua maior vulnerabilidade social. No estudo descritivo apresentado, não é possível concluir a esse respeito pois as mulheres negras apresentam maior percentual do que as brancas em certas atitudes que indicariam menor vulnerabilidade como, por exemplo, o uso de preservativo na última relação. Em estudos futuros essa questão continuará sendo investigada na base de dados, buscando fazer uso de técnicas estatísticas.

Maior elucidação também será procurada para a possível influência do tipo de união no comportamento preventivo. Embora não tenha sido observada na análise descritiva uma diferenciação do comportamento preventivo por tipo de união, acredita-se - e se pretende estudar - que particularidades das uniões consensuais em relação ao casamento tradicional como a menor duração média dessas uniões e o fato de as pessoas que nelas entram acumularem um maior número médio de uniões ao longo da vida (AXINN e THORTON, 1992) pode determinar um comportamento diferente em relação às pessoas que mantêm casamentos formais.

Este relatório representa, portanto, apenas uma primeira aproximação aos dados, que foram observados em caráter exploratório e descritivo. Em estudos futuros, pretende-se explorar mais profundamente a potencialidade da base de dados ao estudo da negociação do comportamento preventivo e da vulnerabilidade ao HIV/DST's. Particularmente pretende-se conhecer mais sobre as características individuais e da união que determinam e influenciam o curso da negociação.

REFERÊNCIAS

AXINN, W. THORTON, A. The relationship between cohabitation and divorce: selectivity or causal influence? **Demography**, vol. 29 August, 1992: 357-374

AYRES, J.R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa, R.M. PARKER, R. (org.) **Sexualidades pelo Avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 49-72

BARBOSA, R. Feminismo e Aids. In: PARKER, R. GALVÃO, J. (orgs.) **Quebrando o Silêncio:** Mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, Relume-Dumará, 1996.

_____**Negociação Sexual ou Sexo Negociado?** Gênero, Sexualidade e Poder em Tempos de AIDS. Rio de Janeiro: UFRJ/IMS, 1997. [tese] 241 p.

BATISTA, L.E. **Mulheres e homens negros:** saúde, doença e morte. Araraquara: Universidade Estadual Paulista/FCL, 2002. [dissertação] 232 p.

BUMPASS, L. L. What's happening to the family? **Demography**, vol. 27, no 4 November, 1990:483-498

CAMPOS, R. C. P. **Aids e relações de gênero:** a trajetória afetivo-sexual de mulheres soropositivas na cidade de Belo Horizonte/MG – Brasil. Belo Horizonte: FAFICH, 1996 [dissertação] 300 p.

Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS - CNDST/AIDS. Dados do Brasil. **Boletim Epidemiológico** Ano XVI nº01, semana epidemiológica de 14 a 52, 2002. Disponível em <http://www.aids.gov.br > . Acesso em: 21 de maio de 2003.

DUARTE, L.F.D. Pouca vergonha, muita vergonha: Sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. **Anais do IV Encontro da ABEP.** Águas de São Pedro: ABEP, 1984. p. 607-642.

GUIMARÃES C.D. "Mas eu conheço ele!": Um método de prevenção do HIV/AIDS. In PARKER, R. GALVÃO, J. (orgs.) **Quebrando o Silêncio:** Mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, Relume-Dumará, 1996. p. 169-180

_____ **Aids no feminino:** por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001. 232 p.

HEILBORN, M.L. GOUVEIA, P.F. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: Barbosa, R.M. PARKER, R. (orgs.) **Sexualidades pelo Avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

IBGE – **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Tabela 2 - Pessoas responsáveis pelos domicílios, total e mulheres, segundo as Grandes Regiões. Disponível em < http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 de maio de 2003.

KNAUTH, D.R. Morte Masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina.

In DUARTE, L.F.D. LEAL, O.F.(orgs.) **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 183-198.

PINHO, M.D.G, et al. **Juventudes, Raça e Vulnerabilidades.** Ouro Preto: XIII Encontro da ABEP, 2002. [cd]

VILLELA, W. V. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da Aids entre as mulheres. In PARKER, R. GALVÃO, J. (orgs.) **Quebrando o Silêncio:** Mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, Relume-Dumará, 1996. p. 181 – 190

_____Homem que é homem também pega Aids? In ARILHA, M. RIDENTE, S. MEDRADO, B. (orgs.) **Homens e Masculinidades:** Outras palavras. São Paulo: 34, 1998. p.129-142

_____**Dossiê Mulher e AIDS.** Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde, 200?. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemulher_e_aids.html>. Acesso em 15 de março de 2003.

Bolsista Lizandro Nei Gualberto

Conexões entre Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e *Status* da Mulher em Belo Horizonte e em Recife[29]

Resumo

INTRODUÇÃO: Pretende-se analisar as relações e implicações da raça/cor das mulheres e do status da mulher no comportamento contraceptivo a partir de dados coletados para duas cidades brasileiras: Belo Horizonte-MG e Recife-PE.

METODOLOGIA: Os dados utilizados são da "Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife" de 2002. A metodologia de análise é a de modelagem logística que permite expressar a relação entre variáveis via razões de chance (*odds ratio*).

A população selecionada para este estudo são as mulheres que conhecem tanto métodos modernos quanto os locais de obtenção. Foram excluídas as grávidas e as mulheres que queriam ter filhos em curto prazo (i.e., até dois anos depois da pesquisa).

O comportamento contraceptivo está sintetizado em cinco modalidades: métodos femininos, camisinha, métodos coitais tradicionais, esterilização e não uso de contraceptivo. A raça/cor da mulher é tratada por auto classificação de cor e está agrupada nas categorias branca e negra (i.e., pretas e pardas). O status da mulher é mensurado a partir de um indicador que sintetiza aspectos da relação da entrevistada com seu parceiro (marido, companheiro ou parceiro sexual regular). Foram incluídas também: uma variável sobre o padrão de vida da mulher – em termos de bens e amenidades, mensurado através de um índice de nível socioeconômico do domicílio, o total de filhos tidos, a escolaridade da entrevistada e uma *dummy* para domicílios de Recife.

RESULTADOS: Residência no nordeste (i.e., na cidade de Recife) traz para as entrevistada menores chances de optar por métodos femininos em relação às outras modalidades; contrapondo métodos femininos com a esterilização, estar no nordeste significa ter mais do dobro das chances de optar pela esterilização. A cada aumento do número de filhos tidos, aumentam também as chances da mulher optar pelas modalidades de métodos coitais tradicionais e de esterilização em relação às outras modalidades, e contrastando essas duas modalidades principais, as chances de optar por esterilização são 84% maiores. Aumentos na escolaridade da mulher fazem diminuir as chances de não utilizar métodos, mas as *odds ratio* tendem para a esterilização em relação às outras modalidades. O indicador de nível socioeconômico também revelou maiores chances para a esterilização (43%) em contraste com métodos femininos. Incrementos no status da mulher conferem maiores chances para a escolha de camisinha em relação ao não uso (157%) e em relação aos métodos tradicionais (118%). Ser negra nas cidades de Belo Horizonte e Recife implica em maiores chances de esterilização e de camisinha em relação à modalidades tradicionais e ao não uso de método.

CONCLUSÕES: Podemos perceber nuances entre os achados e os resultados da PNDS de 1996 (GUALBERTO, 2003). Permanece a esterilização como a modalidade contraceptiva de todas as classes sociais e níveis de escolaridade do país. Entre as negras ela permanece também como a primeira modalidade padrão, demandando tanto pesquisas mais qualitativas para saber o porquê desta preferência, quanto políticas públicas direcionadas para a raça negra brasileira. Em termos positivos vejo a ascensão da camisinha como segundo padrão de modalidade contraceptiva entre as negras (na PNDS 1996 era o "não uso"). Camisinha enquanto modalidade contraceptiva está ligada a um maior poder de negociação da mulher dentro do casal, o que explica o resultado de ao aumentar o status da mulher também aumentam-se as chances da camisinha em contraste a outras modalidades. As altas razões de chance para camisinha em relação a outros métodos contraceptivos podem ser o primeiro sinal de sucesso das campanhas nacionais para a prevenção de DSTs e da distribuição gratuita de preservativo nas grandes cidades. Uma vez que o comportamento contraceptivo tem no acesso a métodos uma de suas dimensões, podemos conjecturar que os programas de distribuição gratuita e generalizada de camisinha, associados ao fato de que o usuário não precise de consulta médica, podem estar transformando este método num mais acessível que a pílula e outros métodos femininos modernos e eficazes – mas isso são apenas hipóteses para futuros desdobramentos quanti e qualitativos, principalmente no que se refere às razões de escolha deste método pelos homens, se por conscientização de risco ou por facilidade de acesso.

---

[29] Este trabalho faz parte do programa de ensino e pesquisa em "Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça (SRSR)" financiado pela Fundação Ford e coordenado pelos professores Paula Miranda-Ribeiro e André Junqueira Caetano (UFMG/Cedeplar).

Introdução

O direito da mulher de decidir com autonomia sobre a sua própria fecundidade e de ter à sua disposição mecanismos para exercer esse direito de controle colocaram em evidência o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos nas últimas décadas.

Este trabalho faz uso de dados da Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife de 2002 (SRSR), e privilegia as desigualdades raciais e de gênero na análise do comportamento contraceptivo das mulheres domiciliadas em Belo Horizonte-MG e em Recife-PE. O objetivo é mensurar o poder explicativo de raça e de *status* da mulher no comportamento contraceptivo. A partir do quesito raça/cor por auto classificação da entrevistada e de um indicador de *status* da mulher, são construídos padrões de comportamento contraceptivos. Tais padrões, ao mesmo tempo que expressam as desigualdades na sociedade brasileira com as mulheres em geral e com as negras em particular, poderão servir de base na orientação de políticas públicas e elaboração de ações afirmativas contra a discriminação de raça e de gênero.

Justificativa

Uma das preocupações daqueles que estudam a dinâmica da fecundidade é o comportamento contraceptivo das mulheres, entendido como adequação do uso de métodos contraceptivos eficazes de acordo com o ideal de filhos desejado por elas.

O conhecimento e uso de contraceptivos tem sua importância por várias razões. Vou salientar duas. Em primeiro lugar, BOONGARTS, WESTOFF (2000) nos dão evidências de benefícios para a saúde pública: esses autores demonstram que o aumento da prevalência de contraceptivos numa sociedade traz como conseqüência a redução das probabilidades de aborto – isto porque a probabilidade de abortar está diretamente ligada a uma gravidez indesejada. Em segundo lugar, a capacidade para decidir livremente sobre o número de filhos desejados (incluindo seu espaçamento) faz parte da lista dos direitos reprodutivos assinados na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (ICPD) ocorrida em 1994 no Cairo, o que faz dos estudos sobre comportamento contraceptivo uma avaliação da maneira como tais direitos estão sendo exercidos (ou não) numa região.

Atrelado ao comportamento contraceptivo está o status da mulher. MASON (1984) argumenta que existe uma ligação entre o *status* da mulher na sociedade e a fecundidade: a adoção de contraceptivos envolve conhecimento, o acesso e o poder (ou liberdade e capacidade) de uso dos métodos, isto é, a adoção depende da (des)igualdade das mulheres em relação aos homens. O *status*

da mulher no domicílio vai então refletir nas escolhas a respeito das decisões chave para a fecundidade e também para a mortalidade (MASON, 1984:13). Quanto mais igualitária for a posição da mulher em relação ao homem dentro do domicílio, maiores serão as chances de que essa mulher eleja e utilize o método mais adequado às suas necessidades (MASON, 1984).

A assimetria nas relações sociais no Brasil, além do gênero, é também marcada pela raça das pessoas. É importante ressaltar que a noção de raça no Brasil existe de forma metafórica. Trata-se de um conjunto de características físicas em torno das quais são construídas um outro conjunto, muito mais importante, que é o de expectativas e valorizações sociais (MONTES, 1996). A cor da pele da pessoa tem sido uma destas características físicas utilizadas para classificar racialmente os indivíduos (GUIMARÃES, 1999). Por isso, estudos sobre raça no Brasil têm de levar em conta a cor da pele da pessoa, o que faz com que seja comum a aparição do termo raça na forma do termo raça/cor. Neste trabalho, portanto, utilizarei do binômio raça/cor para me referir à diferenciação de raça no Brasil.

Objetivos

Pretende-se analisar as relações e implicações da raça/cor das mulheres e do status da mulher no tipo de comportamento contraceptivo adotado a partir de dados coletados para duas cidades brasileiras: Belo Horizonte-MG e Recife-PE.

Dada a importância do conhecimento e uso de contraceptivos para o controle da fecundidade e dado também os diferenciais de prevalência de métodos contraceptivos modernos entre as brancas e as negras no Brasil, acreditamos que o entendimento das diferenças no controle da fecundidade desses grupos raciais precisa ser melhor qualificado. Isto é, me proponho verificar se os relacionamentos entre comportamento contraceptivo e *status* da mulher, que estão presentes na literatura demográfica para países da África e Ásia, se efetivam em Belo Horizonte e em Recife. Será feita a comparação dos achados para as duas cidades em estudo com os dados coletados para o Brasil inteiro pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 1996 (GUALBERTO, 2003).

Antecedentes

O propósito desta seção é apresentar sumariamente ao leitor o tripé conceitual em que se baseia este trabalho. Embora a noção de comportamento contraceptivo, status da mulher e raça/cor

sejam antigas, sua teorização na demografia tem sido bem recente o que demanda a tarefa de uma precisão conceitual.

Comportamento Contraceptivo

O conceito de comportamento contraceptivo diz respeito ao conhecimento, ao acesso e ao poder de decisão sobre o uso de métodos contraceptivos eficientes, isto é, métodos contraceptivos modernos (pílula, DIU, injeções, diafragma, camisinha masculina e feminina, implantes e esterilização masculina e feminina) (GUALBERTO, 2003:11). Em termos analíticos pode ser dividido em várias dimensões.

Dimensões do Comportamento Contraceptivo

Diferentes autores têm dimensionado o comportamento contraceptivo. GAGE (1995) e GOVINDASAMY, MALHOTRA (1996) adotam apenas a variável uso de método contraceptivo moderno. HOGAN, BERHANU, HAILEMARIAN (1999) - daqui pra frente citados apenas como HOGAN et al. (1999) –, ao compararem a relação entre a organização domiciliar, o *status* da mulher e o comportamento contraceptivo na Etiópia, levam em conta o (1) conhecimento de contraceptivos modernos, (2) o uso e (3) a intenção de espaçar ou limitar nascimentos. STEPHEN, RINDFUSS, BEAN (1988) – deste ponto em diante simplesmente tratados como STEPHEN et al. (1988) – vão enfatizar a escolha e o uso corrente de contraceptivos nos EUA entre 1976 e 1982 para caracterizar padrões de comportamento contraceptivo entre as negras e as brancas não hispânicas *vis-à-vis* os fatores sócio-demográficos que afetam a escolha contraceptiva. Uma quarta dimensão que não foi mencionada pelos autores mas que poderia ser acrescido para uma melhor sistematização do arcabouço de HOGAN et al. (1999) é o acesso da mulher aos locais de obtenção de métodos contraceptivos.

Status da Mulher

MASON (1984) ressalta que o conceito de *status* da mulher é multidimensional e multilocal, podendo (e devendo) ser entendido somente dentro de contextos históricos e sociais definidos (MASON, 1984:16). A autora esclarece que as desigualdades de gênero incluem três dimensões: desigualdade de prestígio, de poder e de acesso e controle a recursos disponíveis na sociedade (MASON, 1984:8). E em termos de terminologia, o conceito de status é diferente de outros conceitos de desigualdade gênero como *autonomia feminina* e *empoderamento.*

Status da mulher se refere a posições que a mulher ocupa na família e na sociedade em relação aos homens dessa sociedade, em relação às mulheres de outras classes, outros países e outras épocas. Já *autonomia feminina* se refere a uma qualidade individual de agir independente da autorização de outros; é um conceito que se refere à liberdade, por exemplo, a de sair do domicílio sem ter que pedir autorização (veja uma aplicação disso no Egito por GOVINDASAMY, MALHOTRA, 1996), ou mesmo a liberdade de escolher e usar contraceptivos. MASON (1984:17) acrescenta que a limitação da autonomia pode se dar por outras mulheres – ilustrado através do papel opressor das mulheres mais velhas (por exemplo, sogras) sobre as mulheres mais novas (suas noras), em culturas que legitimam domicílios extensos e onde a mulher recém-casada vai morar na casa dos pais do marido, como por exemplo na Índia. Tanto MASON (1984) quanto DIXON-MUELLER (1998) ressaltam que *autonomia feminina* e *status* são multidimensionais, isto é, podem ser altos em uma esfera de atividade e baixo em outras. Quanto à *autonomia*, as autoras lembram que padrões culturais podem estabelecer áreas específicas de decisão da mulher anulando, a noção de poder de liberdade implícita no conceito.

Outro aspecto levantado por DIXON-MUELLER (1998) é que o conceito de *autonomia* não pode ser considerado exatamente como uma medida de poder, uma vez que o poder de decisão da mulher autônoma pode ter como origem uma delegação de outros e não uma conquista sua. O *empoderamento feminino*, por sua vez, se refere à capacidade que a mulher individualmente ou a mulher, enquanto grupo, tem de: (1) poder de resistência à imposições arbitrárias sobre seu comportamento ou que firam seus direitos, (2) poder de mudar poderes ilegítimos de outras pessoas, e (3) poder de resolver/solucionar situações a seu favor. DIXON-MUELLER (1998) lembra que o conceito está diretamente ligado à luta contra qualquer oposição e exige que a mulher (entendido aqui individualmente ou em grupo) tenha acesso e controle sobre as fontes de poder socialmente estabelecidas (DIXON-MUELLER, 1998:box 2).

Dado a sua multidimensionalidade, o status da mulher é melhor captado a partir de indicadores sociais que respeitem tanto as diferenças culturais quanto as regionais entre mulheres. No presente trabalho será construído um indicador para esse fim.

Raça/Cor da Pele

GUIMARÃES (1999) define raça como "construtos sociais, formas de identidade baseadas numa idéia biológica errônea, mas eficaz socialmente, para construir manter e reproduzir diferenças e privilégios" (GUIMARÃES, 1999:153). Este conceito de raça implica que, ainda que

não existam no mundo físico elementos que fundamentem uma divisão racial, é possível que ela exista no mundo social com potencialidade suficiente para classificar e orientar ações humanas.

Dado esse conceito de raça e entendida a obrigatoriedade de uma identificação racial (ainda que não plenamente assumida pelo sujeito que sofre ou recebe a classificação) GUIMARÃES (1999) conclui que o conceito de raça tem grande valor para as ciências sociais, uma vez que pode ser instrumento revelador de condutas políticas e instituições que conduzam a uma discriminação ou a um tratamento diferenciado entre grupos de cor (GUIMARÃES, 1999:154).

Esta associação da raça como revelador de condutas se dá porque todo processo de identificação (segundo MONTES, 1999) é fluido e socialmente construído em cima de contrastes (da pessoa em relação ao resto do mundo). Está aí o cerne da fluidez da identidade: a afirmação da identidade é relacional, ou seja, é algo que envolve e requer o reconhecimento pelo outro da identidade escolhida. Como conseqüência, os processos de identificação estão diretamente relacionados ao processo histórico de como as diferenças entre as pessoas foram construídas. SCHWARCZ (1993), SKIDMORE (1976) e WOOD,CARVALHO (1994), por diferentes maneira, apresentam o impacto da ideologia do branqueamento do século XIX na dinâmica racial brasileira: ser branco no Brasil é antes de tudo um valor e as raças em nosso país deveriam ser representadas via sistemas de hierarquias.

Metodologia

Fonte dos Dados

O banco de dados utilizado é o da Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife de 2002 (SRSR), que foi levada à campo pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (UFMG/Cedeplar) em parceria com a ONG S.O.S Corpo.

A SRSR 2002 foi desenhada para ter uma representatividade municipal para as mulheres de 15 a 59 anos. Foram realizadas 2.408 entrevistas entre os meses de Abril, Maio e Junho de 2003. Como seu próprio nome indica, o principal objetivo da SRSR 2002 foi coletar dados referentes à saúde da mulher: histórias de gravidezes e de partos, utilização de plano de saúde e/ou serviços públicos, conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis, intenções reprodutivas e atividade sexual. Junto com essas informações, foram coletadas também (1) dados gerais da população (idade, educação, atividade remunerada no período recente, cor da pele, religião em que foi criada e

religião atual) e também (2) características físicas dos domicílios visitados (acesso a água, esgoto, iluminação, bens de consumo duráveis, número de cômodos e material do telhado, parede).

KISHOR, NEITZEL (1996) e GOLDANI (1994) são dois trabalhos modelares que nos encorajam a aproveitar o conjunto de variáveis disponíveis e a representatividade estatística de pesquisas sobre saúde reprodutiva para desenvolver estudos de desigualdades de gênero. Este desafio metodológico – como é chamado por GOLDANI (1994:58) – traz como recompensa, tanto uma análise mais empírica da realidade feminina, quanto um avanço para a ciência demográfica.

Nas seções seguintes é mostrado como foi enfrentado o desafio de relacionar comportamento contraceptivo, raça/cor e status da mulher a partir dos dados da SRSR 2002.

População Base

Nesta seção proponho clarificar quais são as mulheres que estariam sob o risco de assumir um comportamento contraceptivo em Belo Horizonte e em Recife.

Estou assumindo que as maiores chances de implementação de um comportamento contraceptivo estão entre aquelas que correm um risco maior de engravidar. Este pressuposto tem duas dimensões: (1) a primeira relacionada à mulher com um parceiro sexual e (2) a segunda relacionada à capacidade de gerar filhos. No primeiro caso, são as mulheres que estão casadas ou em união consensual as de maiores riscos de gravidez. Aquelas que já passaram por esse estado marital (i.e., divorciadas, separadas e viúvas) e as solteiras só entram em nossa população quando têm um parceiro sexual regular. Na segunda dimensão, a capacidade de gerar filhos, diz respeito que apenas mulheres em idade reprodutiva (o intervalo dos 15 aos 49 anos) podem compor nossa população de análise.

Dentro dessa população sob o risco de engravidar existem grupos de mulheres que não necessitam de usar contraceptivos e por isso devem ser excluídas da população base. Tratam-se das mulheres estéreis naturalmente, que são três subgrupos nesta categoria: aquelas que têm problemas de fertilidade, aquelas que tiveram filho próximo à data da entrevista (e estão em período amenorréico) e, por fim, aquelas que já entraram na menopausa.

Quanto à raça/ cor, uma vez que o objetivo deste trabalho é comparar brancas e negras em relação ao seu comportamento contraceptivo e ao *status*, foram selecionadas apenas as mulheres que se auto classificaram como brancas, pardas/mulatas/morenas e pretas. Portanto, as amarelas e indígenas foram excluídas da população base.

Resumindo, nossa população base é composta de: (a) mulheres brancas, pardas ou pretas, (b) alguma vez unidas, (c) férteis e, (d) que não estão grávidas/amenorréicas, mas estão em atividade sexual. As mulheres nestas condições perfazem 897 entrevistadas que representam estatisticamente 452.700 mulheres para as duas cidades juntas.

TABELA 0-5 POPULAÇÃO BASE EM GRUPOS ETÁRIOS QÜINQÜENAIS E SITUAÇÃO MARITAL, POR MUNICÍPIO E POR RAÇA/COR, 2002

		Município								Total	
		Belo Horizonte				Recife					
		Brancas e Negras (Auto Classif.)				Brancas e Negras (Auto Classif.)					
		Brancas		Negras		Brancas		Negras			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo etario da mulher (idade informada)	15 a 19 anos	4869	3,9%	10549	6,7%	6193	8,9%	4108	4,0%	25719	5,7%
	20 a 24 anos	13562	10,9%	28915	18,5%	11102	16,0%	12449	12,2%	66028	14,6%
	25 a 29 anos	26962	21,7%	24937	15,9%	10332	14,9%	18156	17,7%	80387	17,8%
	30 a 34 anos	17988	14,5%	25624	16,4%	10700	15,4%	16537	16,1%	70848	15,7%
	35 a 39 anos	20749	16,7%	24806	15,8%	11193	16,1%	20823	20,3%	77570	17,1%
	40 a 44 anos	20700	16,7%	25151	16,1%	6738	9,7%	19067	18,6%	71656	15,8%
	45 a 49 anos	19312	15,6%	16635	10,6%	13270	19,1%	11276	11,0%	60493	13,4%
Total		124141	100,0%	156617	100,0%	69527	100,0%	102415	100,0%	452700	100,0%
estado civil atual	casada	78861	63,5%	90284	57,6%	30924	44,5%	45124	44,1%	245193	54,2%
	unida	11453	9,2%	21035	13,4%	23779	34,2%	39755	38,8%	96021	21,2%
	solteira	28289	22,8%	39709	25,4%	11442	16,5%	9749	9,5%	89188	19,7%
	divorciada/separada	4660	3,8%	4077	2,6%	3155	4,5%	6488	6,3%	18380	4,1%
	viúva	878	,7%	1513	1,0%	228	,3%	1297	1,3%	3916	,9%
Total		124141	100,0%	156617	100,0%	69527	100,0%	102415	100,0%	452700	100,0%

Fonte:Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife(SRSR), Cedeplar/UFMG - SOSCorpo, 2002.

Variáveis Utilizadas

Comportamento Contraceptivo da Mulher

Para a operacionalizar o conceito de comportamento contraceptivo, vou fazer uso de dois textos. O primeiro é o trabalho de HOGAN et al. (1999), de onde aproveito a sugestão de definição do comportamento contraceptivo em três dimensões: conhecimento (de métodos e de locais), intenção de fecundidade futura e uso de método moderno. O segundo trabalho é o de STEPHEN et al. (1988), que norteará parte da mensuração do poder de decisão que a mulher em implementar suas intenções reprodutivas. Para ambos os trabalhos, serão feitos ajustes que atendam às especificidades nacionais.

Assim, como meu primeiro objetivo é entender o comportamento contraceptivo das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos, unirei três elementos: o conhecimento de métodos modernos e suas fontes, o desejo de limitar ou espaçar os nascimentos e o uso de um método contraceptivo

moderno. Desses três elementos, o uso é o mais importante porque traduz a materialização da intenção reprodutiva da mulher *vis-à-vis* seu conhecimento.

No questionário do SRSR 2002, a seção 9 é dedicada à anticoncepção. Nela, o conhecimento dos métodos é levantado em duas formas: uma espontânea, através da pergunta "Quais os métodos contraceptivos que você já ouviu falar?", e outra estimulada, onde a entrevistadora pergunta à entrevistada se ela já ouviu falar dos métodos presentes no questionário, mas que não foram mencionados pela entrevistada espontaneamente. Num segundo momento, a entrevistadora pergunta se, para todos os métodos conhecidos, a mulher já usou alguma vez na sua vida. O resultado de conhecimento de métodos para o Belo Horizonte e Recife é tão elevado quanto no Brasil, apenas 1% das entrevistadas mencionaram que conhecem de 1 a 3 métodos modernos, e 18% delas conhecem todos os 10 métodos modernos apresentados no questionário do SRSR 2002.

Dos métodos contraceptivos presentes no questionário do SRSR 2002, dez são considerados modernos. São eles: pílula, dispositivo intra-uterirno (DIU), injeções contraceptivas, diafragmas, camisinha (masculina e feminina), esterilização (masculina e feminina), implantes e anticoncepção de emergência. Também estão listados no questionário a abstinência periódica (ou tabela), o coito interrompido e há um espaço para outros métodos que a entrevistada queira mencionar.

Quanto ao conhecimento de locais para obtenção de métodos, no SRSR 2002 é perguntado às mulheres atualmente usuárias de métodos modernos qual o local onde obtém esse método. Para as não usuárias, é perguntado qual local elas imaginam ser possível obter método contraceptivo (qualquer que seja). Mulheres que não conhecem nenhuma fonte de método moderno foram excluídas da população base. Esse procedimento é necessário porque, quando falamos em comportamento contraceptivo, está implícito que não usar método é uma opção da mulher e não uma atitude fruto do desconhecimento de fontes (STEPHEN et al., 1988).

A intenção futura de fecundidade da entrevistada é mensurada na seção 13 do questionário do SRSR 2002 através de um conjunto da pergunta feita a todas as mulheres entrevistadas: "Quanto tempo quer esperar para ter um/outro filho?". Para as mulheres que respondem que querem ter filho dentro de dois anos, assumo que não pretendem adotar nenhum comportamento contraceptivo e, por isso, não fazem parte da população para análise de uso de método.

A terceira variável componente do comportamento contraceptivo é o uso de método. Seguindo STEPHEN et al. (1988), vou modelar o tipo de método em uso corrente pela entrevistada a partir das seguintes categorias: métodos femininos (inclui pílula, DIU, injeções, espermicidas, implantes, diafragma e anticoncepção de emergência), camisinha, métodos coitais tradicionais

(abstinência periódica e coito interrompido), esterilização (que pode ser tanto feminina quanto masculina) e o não uso de método.

Resumindo, as variáveis de comportamento contraceptivo são:

QUADRO 0-1 VARIÁVEIS DE COMPORTAMENTO CONTRACEPTIVO

Variável	Valores assumidos
modalidade de métodos contraceptivos utilizados	1.métodos femininos 2.camisinha 3.métodos coitais tradicionais 4.esterilização 5.não usando método

Indicador de *Status* da Mulher

Em outro trabalho (GUALBERTO, 2003) foi desenvolvido um indicador de *status* intradomiciliar da mulher onde é feito uso das respostas apenas das mulheres. A construção desse indicador foi possível porque o questionário do SRSR 2002 tem questões relacionadas às sugestões de GOLDANI (1994), MASON (1984), EVANS (1992) e de KISHOR, NEITZEL (1996) sobre quais seriam os componentes de um indicador de status. O indicador de status da mulher está dividido em 3 partes: escolaridade, chefia domiciliar, e relacionamento entre parceiros.

Na escolaridade, a variável de *status* é se a mulher tem escolaridade igual ou superior ao seu parceiro, nos casos afirmativos, o indicador recebe um ponto.

A chefia domiciliar feminina só será considerada como um elemento de *status* em três situações, tal como sugerem KISHOR, NEITZEL (1996). Ganhará ponto se a chefia é feminina e o domicílio não é monoparental, isto é, a mulher coabita com o seu parceiro. Também ganhará ponto se a chefia é feminina e o domicílio é monoparental, e o domicílio tem classificação socioeconômica alta ou média alta (respectivamente, classes "A" ou "B" do indicador de nível socioeconômico). Finalmente, ganhará ponto, se a chefia é feminina e no domicílio há homens adultos (entre 15 e 65 anos).

Por fim, o relacionamento entre cônjuges será avaliado em três variáveis. Ganhará ponto de *status* a mulher cuja diferença de idade em relação ao seu atual parceiro seja igual ou menor que 10 anos. A mulher que conversa sobre planejamento familiar com o seu parceiro também ganhará ponto no seu *status.* Na PNDS 1996 é perguntado quem decide sobre o dinheiro ganho pela

entrevistada. Receberá ponto no seu *status* a mulher que responder a essa pergunta dizendo que é ela sozinha que decide pelo gasto.

O quadro abaixo é uma síntese das variáveis presentes no indicador de *status* da mulher.

Quadro 0-2 Indicador de *Status* da Mulher e suas variáveis componentes.

Variável	**Valores Assumidos**	
Indicador de *Status* da Mulher	O indicador tem pontuação que varia de 0 (menor *status*) a 5 (maior *status*) e será agrupado em 1. Baixo (0 e 1 pontos) 2. Médio (2 e 3 pontos) 3. Alto (4 e5 pontos)	
Abaixo estão relacionadas as variáveis componentes do indicador para mulheres e homens, bem como as condições de pontuação:		
Indicador da Mulher	**Indicador do Homem**	**Condições de Pontuação**
escolaridade - série e grau da mulher:	escolaridade - série e grau do homem base: todas as mulheres alguma vez unidas	se a escolaridade mulher for igual ou superior à do parceiro = 1 ponto
idade da mulher	idade do parceiro base: todas as mulheres casadas ou unidas	se a diferença de idade for igual ou menor que 10 anos = 1 ponto
Conversa sobre planejamento familiar com o parceiro?		se sim = 1 ponto
chefia de domicílio é feminina ?		se é feminina e o domicílio não é monoparental ou se é monoparental e o domicílio tem classificação socioeconômica "B" ou "A" = 1 ponto

Raça / Cor da Mulher

O SRSR 2002 tem duas perguntas relacionadas a raça/cor do entrevistado, uma por autoclassificação e outra a partir da observação do entrevistador. É perguntado à mulher "qual a sua cor?" e as alternativas de resposta são "branca", "parda", "preta", "amarela/ oriental", "indígena". Como GUIMARÃES (1999) refere a raça/cor no Brasil como uma categoria que deve ser entendida mais como uma classificação socialmente atribuída e compartilhada do que traços físicos, utilizarei a autoclassificação como forma de captar a expressão da identidade racial da entrevistada. Além disso, essa é a maneira utilizada pelo IBGE em suas pesquisas que incluem o quesito cor (WOOD, CARVALHO, 1994). As pretas e as pardas serão agregadas na categoria negras.

Sintetizando, a variável de raça/cor é:

Variável	Valores assumidos
Raça/cor da entrevistada, autoclassificação	Brancas e negras

Perfil Demográfico

Para descrever o perfil das mulheres em estudo, farei uso das variáveis mais comumente encontradas na bibliografia. As variáveis são: *parturição* igual a 4 filhos ou mais (sabe-se que quanto maior a parturição, maiores as demandas por métodos contraceptivos) e a *escolaridade* da mulher (como uma variável importante para a descrição do perfil contraceptivo de uma população).

Em resumo, as variáveis componentes do perfil demográfico são as seguintes:

Quadro 0-3 Variáveis Componentes do Perfil Demográfico

Variáveis	Valores
Grupo etário qüinqüenal da mulher	15-19 anos 20-24 anos 25-29 anos 30-34 anos 35-39 anos 40-44 anos 45-49 anos
Número de filhos tidos nascidos vivos	Nenhum filho, 1 filho, 2 filhos, 3 filhos, 4 ou mais filhos
Escolaridade da mulher	Não Estudou / Primário Incompleto Primário Completo / Ginasial Incompleto Ginasial Completo / Colegial Incompleto Colegial Completo / Universitário Incompleto Universitário Completo

Nível Socioeconômico do Domicílio

Seguindo a metodologia proposta em GUALBERTO (2003), foi construído um indicador de nível socioeconômico do domicílio que leva em conta (1) parte dos critérios de avaliação presentes na revisão de 1992 do critério ABIPEME e (2) as amenidades domiciliares.

O critério ABIPEME 1992 tem sua escala construída em três blocos. No primeiro, pontua a escolaridade do chefe do domicílio. No segundo bloco, pontua segundo a existência ou não dos itens de consumo: vídeo cassete, máquina de lavar roupa, geladeira e aspirador de pó. No terceiro bloco, pontua os itens de consumo segundo sua quantidade: rádio, automóvel, TV a cores, banheiros e empregada mensalista. O total final de pontos é distribuído em 5 classes, de A (alta) até E (baixa). Uma vez que a escolaridade da mulher já está incluída no modelo, o primeiro bloco não foi incorporado.

Quanto às amenidades, isto é, características físicas dos domicílios que sinalizem um bem-estar, foram utilizados: o local para onde vai o esgoto, o tipo das paredes e do teto receberam pesos para serem incluídas no indicador e a escala da ABIPEME foi parametrizada e o nível socioeconômico foi agrupado em quatro classes tal como está sintetizado abaixo.

QUADRO 0-4 CATEGORIAS DA VARIÁVEL NÍVEL SOCIOECONÔMICO

Variáveis	Valores assumidos
Nível Socioeconômico (nse)	classe A (mais rica) classe B classe C classe D (mais pobre)

TABELA 0-6 MODALIDADES DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM USO CORRENTE, STATUS DA MULHER E NÍVEL SOCIOECONÔMICO DOS DOMICÍLIOS ENTRE A POPULAÇÃO BASE POR MUNICÍPIO E POR RAÇA/COR, 2002.

		Município								Total	
		Belo Horizonte				Recife					
		Brancas e Negras (Auto Classif.)				Brancas e Negras (Auto Classif.)					
		Brancas		Negras		Brancas		Negras			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Método Contraceptivo Atualmente em uso	Métodos Femininos	51128	41,5%	62727	40,2%	17675	25,4%	20493	20,3%	152023	33,8%
	Camisinha	18597	15,1%	27831	17,8%	8662	12,5%	15262	15,1%	70352	15,6%
	Métodos Coitais Tradicionais	3241	2,6%	2713	1,7%	4452	6,4%	3238	3,2%	13644	3,0%
	Esterilização	37867	30,7%	52078	33,3%	28840	41,5%	53855	53,3%	172639	38,4%
	Não Usando	12432	10,1%	10854	6,9%	9898	14,2%	8154	8,1%	41338	9,2%
Total		123265	100,0%	156203	100,0%	69527	100,0%	101001	100,0%	449997	100,0%
Indicador de Status da Mulher (3 níveis)	Baixo	29399	23,7%	28755	18,4%	13372	19,2%	23995	23,4%	95519	21,1%
	Médio	68566	55,2%	84810	54,2%	44314	63,7%	61829	60,4%	259518	57,3%
	Alto	26177	21,1%	43053	27,5%	11842	17,0%	16591	16,2%	97663	21,6%
Total		124141	100,0%	156617	100,0%	69527	100,0%	102415	100,0%	452700	100,0%
Nível Socioeconômico Domiciliar	Classe D	0	,0%	2308	1,5%	1770	2,5%	9256	9,0%	13335	2,9%
	Classe C	30542	24,6%	45562	29,1%	23761	34,2%	55521	54,2%	155386	34,3%
	Classe B	64764	52,2%	91250	58,3%	33439	48,1%	31689	30,9%	221142	48,8%
	Classe A (mais alta)	28835	23,2%	17498	11,2%	10557	15,2%	5947	5,8%	62837	13,9%
Total		124141	100,0%	156617	100,0%	69527	100,0%	102415	100,0%	452700	100,0%

Fonte:Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife(SRSR), Cedeplar/UFMG - SOSCorpo, 2002.

Análise Multivariada de Dados Categóricos

Segundo AGRESTI (1990), as metodologias estatísticas para dados categóricos são recentes e seu desenvolvimento se deu no último quarto do século através da sofisticação de métodos de regressão de variáveis contínuas para aplicação em variáveis categóricas. Seu desenvolvimento se deu graças ao aumento da sofisticação metodológica das ciências sociais, biomédicas e experimentações agrícolas. A necessidade de trabalhar com escalas categóricas e medidas de atitude e de opiniões nas ciências sociais, acrescido das características demográficas (raça, sexo, classe social) e de escalas categóricas para avaliação de estados de saúde e de recuperação cirúrgicas nas ciências biomédicas, fez com que a maior parte dos tipos de modelos de regressão para dados categóricos usassem de estatísticas dessas ciências. No caso das variáveis dicotômicas e categóricas, foram desenvolvidos modelos estatísticos mais apropriados de estimação dos parâmetros, sendo que o mais popular destes é o modelo logístico, o qual é estimado pela máxima verossimilhança. O modelo logístico é representado por:

$$\log[\frac{p_i}{1-p_i}] = \alpha + \beta_i x_{i1} + \beta_2 x_{i2+\ldots} \ldots + \beta_k x_{ik}$$

e expressa que toda a variação nas probabilidades individuais pode ser explicada pelas variáveis explanatórias. No modelo acima, (P_i / 1-P_i) é chamado de razão de chances porque (P_i) representa a chance do evento ocorrer e (1-P_i) representa a chance de não ocorrer; α (alfa) e β (beta) são os coeficientes estimados no modelo e *X* representam as variáveis explanatórias.

Uma vez que a variável de comportamento contraceptivo é categórica e composta de mais de duas categorias, o modelo logístico multinomial é o mais indicado para nos auxiliar na análise multivariada. O formato geral da logística multinomial muda pouco em relação à equação geral da logística binária. Vejamos:

$$\log[\frac{p(Y_{iJ}=1)}{p(Y_{ik}=1)}] = \beta(x_{i1} - x_{ik})$$

A primeira mudança está na ausência do intercepto alfa (α) na representação do modelo. A segunda mudança, e mais importante, está no tipo de chance que é modelado numa multinomial. Dado que a variável resposta tem mais de duas categorias (representado aqui pelo índice j que varia de 1 até k), o modelo logístico multinomial estima as chances entre a probabilidade de ocorrência de uma categoria da variável resposta (Y_{ij}) em relação à probabilidade de ocorrer uma outra categoria (Y_{ik}). As razões das chances resultantes são todas contrastivas, ou seja, tem-se informa as razões das chances das variáveis independentes para cada par de categorias da variável dependente.

O comportamento contraceptivo está dimensionado em cinco categorias: métodos femininos, camisinha, métodos coitais tradicionais, esterilização e não uso de método e dessa forma, teremos então 20 pares de equações.

O primeiro modelo seria a probabilidade de "métodos femininos *versus* camisinha", isto é, o que cada incremento em minhas variáveis independentes me diz da chance de uma mulher usar métodos femininos em relação à chance dela usar camisinha? O segundo par de categorias contrastado seria "métodos femininos *versus* métodos tradicionais", ou seja, a chance de uma mulher usar métodos femininos em relação às chances de usar métodos coitais tradicionais, e assim sucessivamente. Uma vez entendido isso, vemos que não será necessário nos debruçar sobre 20 modelos, uma vez que o par "não uso *versus* camisinha" representa a razão de chances inversa do par "camisinha *versus* não uso". No

Quadro 0-5 apresento os 10 modelos a serem analisados.

QUADRO 0-5 PARES CONTRASTADOS NA REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMIAL DE MODALIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS USADO

Categoria de referência ➔ **Probabilidade Modelada para:**	**Métodos femininos**	**Camisinha**	**Métodos Tradicionais**	**Esterilização**	**Não Uso**
Métodos Femininos		Métodos Femininos vs. Camisinha	Métodos Femininos vs. Métodos Tradicionais		Métodos Femininos vs. Não Uso
Camisinha			Camisinha vs. Métodos Tradicionais		Camisinha vs. Não Uso
Métodos Tradicionais					Métodos Tradicionais vs. Não Uso
Esterilização	Esterilização vs. Métodos femininos	Esterilização vs. Camisinha	Esterilização vs. Métodos Tradicionais		Esterilização vs. Não Uso
Não Uso					

Resultados

Na Tabela 0-7 apresento as razões de chances das dez equações com as diferentes modalidades de método contraceptivo. Apenas as razões de chances das variáveis com significância p<0,1 foram colocadas no quadro.

TABELA 0-7 RAZÃO DE CHANCES ENTRE MODALIDADES DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS ESCOLHIDOS – BELO HORIZONTE E RECIFE, 2002

Equações da Variável Resposta ➔		**Métodos femininos *versus* não uso (1)**	**Camisinha *versus* não uso (2)**	**Métodos Tradicionais *versus* não uso (3)**	**Esterilização *versus* não uso (4)**	**Esterilização *versus* Métodos femininos (5)**	**Métodos femininos *versus* Métodos tradicionais (6)**	**Camisinha *versus* Métodos tradicionais (7)**	**Esterilização *versus* Métodos tradicionais (8)**	**Métodos Femininos *versus* Camisinha (9)**	**Esterilização *versus* Camisinha (10)**
Variáveis Independentes	**Categoria de referência nas *dummies* ou Nº. de níveis**										
Negras	Mulheres brancas.	1,54*	1,76*		1,63*		2,21**	2,48**	2,34**		
ISM – Indicador de *status* da mulher	Nível baixo (total de 3 níveis).		2,57****		0,28****	0,21****		2,18**	0,26****	0,56***	0,12****
NSE – Nível Socioeconômico	Classe D (a mais baixa das 4 classes).					1,43**					
Escolaridade da mulher	não estudou (num total de 5 níveis).			1,69*	1,96****	1,44**					1,64***
PARTURIÇÃO – Total de filhos tidos nascidos vivos	Nenhum filho (valor máximo é 4="4oumais").				2,54****	2,83****	0,65**	0,64**	1,84****		2,89****

Está no nordeste?	Belo Horizonte	0,38***				3,23****	0,29***	0,47*		0,63**	2,06*

Fonte: Pesquisa sobre a Saúde da Mulher em Belo Horizonte e Recife(SRSR), Cedeplar/UFMG - SOSCorpo, 2002.

Notas: * significativo p < 0,1

** significatio p < 0,05

*** significatio p < 0,01

**** significatio p < 0,0001 (os coeficientes não significativos a p < 0,1 foram omitidos)

Para a equação 1 apenas as variáveis raça/cor e estar no Nordeste foram significativas. O fato da mulher ser negra faz com que ela tenha 54% a mais de chance de usar métodos femininos em relação a nenhum método, quando comparado com as mulheres brancas. Ter o domicílio em Recife produz o contrário: as chances são 62% menores entre as pernambucanas de usar métodos femininos em relação à não usar nenhum método, quando comparadas com as mulheres residentes em Belo Horizonte.

Na equação 2, tanto o status da mulher quanto o fato da mulher ser negra aumentam as chances de usar camisinha em contraposição à não usar nenhum método.

A equação 3 teve apenas a escolaridade como significativa, o que nos leva a concluir que entre a escolarização aumenta as preferências para usar métodos contraceptivos, e no caso da equação 3, seria preferível usar um método tradicional (ainda que ineficaz) do que ficar sem usar nenhum.

Na equação 4, das chances de se esterilizar em relação à não usar método, as negras têm 63% a mais de chance que as brancas, aumentos na escolaridade 96% e quanto maior o número de filhos, 154% mais chances de esterilizar em relação à não usar método algum. Aumentos de status diminuem as chances da esterilização (72%) o que pode estar ligado ao princípio feminista de que a esterilização é uma mutilação corporal.

Contrapondo a esterilização com os métodos femininos (equação 5), novamente incrementos de status reduzem as chances da esterilização enquanto que aumentos no nível socioeconômico, na escolaridade e na parturição aumentam as chances da escolha de esterilização em relação a escolher métodos femininos (respectivamente 43%, 44% e 183%). A relação entre aumento do número de filhos tidos e a esterilização é algo esperado, o surpreendente é o fato da mulher residente em Recife ter 223% mais chances de escolher esterilização quando comparadas com as de Belo Horizonte.

Contrapondo os outros métodos com os métodos tradicionais (equações 6, 7, 8) vê-se que aumento na parturição e domicílio em Recife aumentam mais as chances em direção aos métodos tradicionais – a exceção é quando contrapõe-se esterilização e métodos tradicionais, onde a parturição aumenta em 84% as chances de esterilizar em relação a algum método tradicional. Como falado anteriormente, aumentar o status da mulher a faz aversa à esterilização: mulheres de alto status, entre escolher esterilização ou métodos tradicionais, tem 74% menos chances de se esterilizarem. É importante salientar que ser negra em comparação com as brancas, confere maiores chances de escolher métodos femininos (121%), camisinha (148%) e esterilização (134%) em

contraste com a escolha de métodos tradicionais – uma parte desse comportamento pode ser explicado pela natureza urbana das entrevistadas.

Nas equações 9 e 10 onde é contraposto Métodos femininos e esterilização em relação ao uso de camisinha, aumentos no status da mulher conferem mais chances para a escolha da camisinha (mais um sinal de maior poder da mulher na negociação entre parceiros). Se a mulher está em Recife, ela tem menos chance de usar métodos femininos (24%) em contraste com a camisinha; por outro lado, as mulheres de Recife quando comparadas com as de Belo Horizonte tem maiores chances de esterilizar em relação a usar camisinha.

CONCLUSÕES

O propósito deste trabalho foi duplo: primeiramente, analisar as relações e implicações da raça/cor das mulheres e do status da mulher no comportamento contraceptivo a partir de dados coletados em Belo Horizonte-MG e Recife-PE. Em segundo lugar, comparar os resultados com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996.

Comparados com os resultados da PNDS 1996 (em Gualberto, 2003) para o país inteiro podemos perceber nuances das relações raciais e de gênero das duas cidades analisadas. Permanece entre as negras o padrão da esterilização enquanto modalidade contraceptiva em contraste com métodos tradicionais e não uso. As mulheres negras em Belo Horizonte e Recife estão em uma melhor situação contraceptiva que as negras brasileiras como um todo: o não uso de método deixou de ser a segunda modalidade padrão entre as mulheres negras entrevistadas para dar lugar à camisinha e aos métodos femininos, o que acreditamos esteja associado a um crescimento da posição da mulher negra em relação ao seu parceiro nas duas cidades.

Como era esperado, incremento de status está associado a maiores chances de uso de métodos contraceptivos modernos, o destaque ao compararmos com os dados nacionais da PNDS 1996 é que a escolha da camisinha *vis-à-vis* outras modalidade contraceptiva foi a que recebeu maiores chances, quero dizer com isso que a mulher está com maior poder de negociação dentro do casal.

Para o efeito cidade entre as modalidades contraceptivas, temos que o Nordeste continua sendo a região da esterilização, e avessa aos métodos femininos. E por falar em esterilização, novamente a explicação para essa modalidade de contracepção definitiva no Brasil foge a argumentos do tipo: baixa escolaridade ou baixo poder aquisitivo: incrementos na escolaridade da mulher e do seu nível socioeconômico aumentam as chances de optar pela esterilização em

contraste com não uso de método, métodos femininos e camisinha. Tal fato revela o quanto que esta modalidade contraceptiva está generalizada em todos os níveis sociais no Brasil.

As altas razões de chance para camisinha em relação a outros métodos contraceptivos podem ser o primeiro sinal de sucesso das campanhas nacionais para a prevenção de DSTs e da distribuição gratuita de preservativo nas grandes cidades. Uma vez que o comportamento contraceptivo tem no acesso a métodos uma de suas dimensões, podemos conjecturar que os programas de distribuição gratuita e generalizada de camisinha, associados ao fato de que o usuário não precise de consulta médica, podem estar transformando este método num mais acessível que a pílula e outros métodos femininos modernos e eficazes – mas isso são apenas hipóteses para futuros desdobramentos quanti e qualitativos, principalmente no que se refere às razões de escolha deste método pelos homens, se por conscientização de risco ou por facilidade de acesso.

Referências Bibliográficas

AGRESTI, Alan. **Categorical data analysis.** New York: John Wiley & Sons, 1990. 558p.

BERCOVICH, Alicia M. Considerações sobre a Fecundidade da População Negra no Brasil. In: LOVELL, Peggy A. (org.) **Desigualdade Racial no Brasil Contemporâneo.** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1991. p.309-339

BONGAARTS, John; WESTOFF, Charles F. The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion. **Studies in Family Planning.** 31 (3):193-202. 2000

CAVENAGHI, Suzana M. **Female Sterilization and Racial Issues in Brazil.** 1997.100p. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Texas – Austin, 1997.

DIXON-MUELLER, Ruth. Female Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo. **Policy and Research Paper,** N°13, IUSSP, 1998. (versão digital disponível em http://www.iussp.org/Publications_on_site/PRP/prp13.htm - último acesso em 20 Novembro 2002)

EVANS, Alison. Statistics. In: OSTERGAARD, Lise (ed.) **Gender and Development.** London: Routledge, 1992. 220 p.

GAGE, Anastasia J. Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo. **Studies in Family Planning**. 26(5): 264-277, 1995.

GOLDANI, Ana Maria. Família, Relações de Gênero e Fecundidade no Nordeste do Brasil. In: **Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil.** Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: BEMFAM e DHS; Macro International Inc., Junho 1994. p 57-80.

GOVINDASAMY, Pavalavalli; MALHOTRA, Anju. Women's Position and Family Planning in Egypt. **Studies in Family Planning.** 27(6): 328-340,1996

GUALBERTO, Lizandro Nei. **Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil.** 2003. 86p. (dissertação de Mestrado em Demografia) – Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Racismo e Anti-racismo no Brasil.** São Paulo: Editora 34, 1999. páginas 19-68.

HOGAN, Dennis P.; BERHANU, Betemariam; HAILEMARIAM, Assefa. Household Organizations, Women's Autonomy, and Contraceptive Behavior in Southern Ethiopia. **Studies in Family Planning.** 30(4): 302-314, 1999.

KISHOR, Sunita; NEITZEL, Katherine. **The *Status* of Women**: Indicators for Twenty-five Countries. DHS Comparative Studies, nº 21. Calverton, Mariland: Macro International Inc., 1996. 113 p.

MASON, Karen Oppenheim. **The *Status* of Women: a Review of its Relationships to Fertility and Mortality.** [s.l.] The Rockfeller Foundation, 1984. 86 p.

MONTES, Lúcia Maria. Raça e Identidade: entre o espelho, a invenção e a ideologia. In: SCHWARCZ, L.M.; QUEIROZ, R.S. (orgs.). **Raça e Diversidade**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 46-75.

SAFILIOS-ROTHSCHILD, Constantine. Female Power, Autonomy and Demographic Change in the Third World. In: ANKER, Richard; BUVINIC, Mayra; YOUSSEF, Nadia H. (eds.). **Women's Roles and Population Trends in the Third World.** London: Routledge, 1982. p. 117-132.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993 p. 43-66.

SKIDMORE, Thomas E. O Ideal de Branqueamento. In: _____, **Preto no Branco: Raça e Nacionalidade no Pensamento Brasileiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 332 p.

STEPHEN, E.H.; RINDFUSS, R.R.; BEAN, F.D. Racial Differences in Contraceptive Choice: Complexity and Inplications. **Demography**, vol 25, no. 1, February 1988. p. 53-70

WOOD, Charles H.; CARVALHO, José Alberto Magno de. Categorias do Censo e Classificação Subjetiva de cor no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Volume 11 nº 1, Campinas-SP, janeiro/julho de 1994. p 3-17.

Bolsista Maria Ângela de Araújo

Educação, Trabalho e Casamento: Uma Análise Exploratória sobre a Ascensão Social da Mulher em Belo Horizonte

Este trabalho pretende comparar a situação de mulheres brancas e não brancas (pardas e pretas), de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, residentes no município de Belo Horizonte no que tange a escolaridade, ocupação, renda e casamento. Além disso, esse estudo pretende verificar se existem discordâncias nas informações referentes a alter e a auto classificação de cor/raça.

Os dados para esta breve análise exploratória são provenientes da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR), realizada em 2002 nos municípios de Belo Horizonte e Recife. Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional (CEDEPLAR), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com suporte financeiro da Fundação Ford.

Em Belo Horizonte, município que será o foco dessa análise, a amostra representa 875.301 entre 15 e 59 anos de idade, destas, 30,1% estão entre 15 a 24 anos (263.061) e 13,6% estão entre 50 a 59 anos (119.079).

Cor:

Considerando as categorias de cor oferecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que permitem que as pessoas se definam como brancas, pretas, pardas, amarelas/orientais e indígenas, a pesquisa SRSR encontrou os seguintes resultados para as mulheres entre 15 e 24 anos: entre as jovens de 15 e 24 anos, 26,9% se declararam como brancas e 33,5% como negras. Já entre as de 50 e 59 anos, o percentual de brancas foi de 14,7% e de negras foi de 12,4%.

Escolaridade:

Em relação à escolaridade, os dados revelam que, das mulheres brancas entre 15 e 24 anos, 46,9% declara estar freqüentando a escola. Entre as negras, este percentual foi de 45,9%. A tabela 1 mostra a informação de escolaridade por cor com maiores detalhes.

Tabela 1

Mulheres de 15 a 24 anos, que frequentam a escola, segundo a cor - Belo Horizonte, 2002

Frequenta a escola	Brancas	Negras
Sim	46,9	45,9
Não	53,1	54,1
Total	100	100
N	102.490	140.150

Fonte: SRSR, CEDEPLAR, Fundação Ford, 2002

Os dados da tabela 1 indicam que há um grande número de mulheres jovens, tanto brancas quanto negras, que não freqüentam escola. Essa é uma situação preocupante, pois a educação é um fator determinante na conquista de um melhor status ocupacional e, conseqüentemente, no processo de mobilidade social dos indivíduos.

Dividindo-se a escolaridade nas categorias baixa (ensino fundamental e médio) e alta (superior incompleto ou mais), os dados da pesquisa SRSR revelam que, se comparadas às negras, as mulheres brancas do município de Belo Horizonte são as que mais chegam à universidade. Considerando os dois grupos etários incluídos nessa investigação tem-se que 64,9% das brancas têm alta escolaridade. Em contrapartida, somente 30, 2% das negras conquistaram tal patamar educacional. A tabela 2 deixa evidente essas informações.

Tabela 2

Percentual de mulheres de 15 a 24 e de 50 a 59 anos, com baixa e alta escolaridade, segundo a cor - Belo Horizonte, 2002

Escolaridade	Brancas	Negras	Total	N
15 a 24 anos				
Baixa	39,0	57,4	96,4	225.007
Alta	55,7	40,1	95,8	24.197
50 a 59 anos				
Baixa	41,7	52,7	94,4	91.527
Alta	76,6	17,8	94,4	19.387

Nota: Os percentuais não fecham 100% em função da exclusão das sem escolaridade.

Fonte: SRSR, CEDEPLAR, Fundação Ford, 2002

As informações da tabela 2 acima sugerem, ainda, que as mulheres entre 50 e 59 anos de idade possuem, na sua maioria, um baixo nível de escolaridade e, assim como para a coorte mais jovem, a situação da mulher negra é pior do que a da branca, sendo expressiva a diferença no percentual de mulheres negras e brancas com alta escolaridade. Um fato que chama atenção nos dados acima é o alto percentual de mulheres brancas, da coorte mais madura que possui um grau

mais elevado de escolaridade. Este aspecto merece uma investigação posterior. Outro aspecto importante revelado pela pesquisa é que das mulheres brancas, dos dois grupos etários, 3,1% das brancas informou nunca ter freqüentado a escola. Este percentual é bastante próximo ao das mulheres negras que também disseram nunca ter freqüentado a escola (4,3%).

Ocupação e renda:

Como mencionado anteriormente, a educação é um fator determinante para o processo de mobilidade social e para a ascensão ocupacional. Lima (1999) sugere que as mulheres provenientes de classes pobres atuam, normalmente, na prestação de serviços e nos empregos ligados à indústria. As mulheres de classe média, por outro lado, estão muito mais vinculadas aos serviços de produção e consumo coletivo devido ao melhor nível educacional que conseguiram obter. Em relação às mulheres negras, Lima (1999) aponta que elas ocupam postos mais desqualificados devido ao baixo nível de escolaridade. O trabalho doméstico é um dos exemplos de como as mulheres com baixa escolaridade se inserem no mercado de trabalho.

Silva (2000) apresenta um esquema de classificação das ocupações, o qual será adotado nesse estudo para investigar, brevemente, como as mulheres brancas e negras estão distribuídas em alguns grupos ocupacionais. A escolha do esquema classificatório de Silva (2000) justifica-se pelo fato de que, para a análise da mobilidade no país é necessário que se tome por base a classificação adotada na literatura nacional. Silva (2000) reúne as ocupações brasileiras em seis grupos ocupacionais. O autor considera as especificidades da estrutura de emprego do país e baseia-se no critério de diferenciação das posições de mercado das ocupações. O esquema do autor é apresentado no quadro 1, a seguir.

Quadro 1- Estratos ocupacionais e ocupações representativas.

GRUPO OCUPACIONAL	ESTRATO	OCUPAÇÕES REPRESENTATIVAS
1	Baixo inferior: trabalhadores rurais não-qualificados.	Produtores agropecuários autônomos outros trabalhadores na agropecuária; pescadores.
2	Baixo superior: trabalhadores urbanos não-qualificados.	Comerciantes por conta própria; vigias, serventes; trabalhadores braçais sem especificação; vendedores ambulantes; empregadas domésticas.
3	Médio inferior: trabalhadores qualificados e semi-qualificados.	Motoristas; pedreiros, mecânicos de veículos; marceneiros; carpinteiros; pintores e caiadores; soldadores; eletricistas de instalações.
4	Médio médio: trabalhadores não-manuais, profissionais de nível baixo e pequenos proprietários.	Pequenos proprietários na agricultura; administradores e gerentes na agropecuária; auxiliares administrativos e de escritório; reparadores de equipamentos; pracistas e

		viajantes comerciais; professores primários, praças das Forças Armadas.
5	Médio superior: de nível médio e proprietários.	Criadores de gado bovino; diretores, assessores e chefes no Serviço Público; administradores e gerentes na indústria e no comércio; chefes e encarregados de seção; representantes comerciais, prof. secundários.
6	Alto: profissionais de nível superior e grandes proprietários.	Empresários na indústria; administradores e gerentes de empresas financeiras, imobiliárias e securitárias; engenheiros; médicos; contadores; professores de ensino superior; advogados; oficiais das Forças Armadas.

Fonte: Silva, 2000: 40

No geral, a pesquisa SRSR revelou que, das mulheres brancas entre 15 e 24 anos, 41,1% se declararam como estando ocupadas nos últimos 30 dias. Já entre as negras do mesmo grupo etário, 56,4% informou que estava exercendo algum tipo de atividade. Das mulheres entre 50 e 59 anos, enquanto 55,6% das brancas disseram estar ocupadas nos trinta dias que antecederam a pesquisa, somente 40,3% das negras revelou o mesmo.

Considerando o esquema desenhado por Silva (2000), o que se observa para as mulheres residentes no município de Belo Horizonte entre 15 e 24 anos e entre 50 e 59 anos é que no estrato baixo superior, onde encontram-se os trabalhadores urbanos não qualificados, 29,3% das mulheres brancas entre 15 e 24 anos atuam como empregadas domésticas. Nessa mesma ocupação estão 70,7% das negras. Para as mulheres entre 50 e 59 anos também observa-se um percentual mais elevado de mulheres negras exercendo a atividade de empregada domésticas (27,2% de brancas contra 64,8% de negras).

No estrato médio médio, onde Silva (2000) aloca os trabalhadores não manuais, profissionais de nível baixo e pequenos proprietários, estão as auxiliares administrativas e de escritório. Em Belo Horizonte, as mulheres entre 15 e 24 anos são as que, predominantemente, atuam nessas ocupações. Os dados revelaram que 31,9% das brancas e 68,0% das negras atuam como auxiliar administrativo. Como auxiliares de escritório estão 43,7% das brancas e 56,3% das negras.

Um aspecto interessante apontado pelos dados é o fato de que no estrato alto, onde encontram-se os profissionais de nível superior, foram encontradas somente mulheres brancas, com idades mais avançadas. Esse é o caso específico do profissional da odontologia, onde 100% (555 casos) eram brancas e pertenciam ao grupo entre 50 e 59 anos de idade.

A análise da informação sobre quais as trabalhadoras que possuem carteira assinada revela que, das mulheres brancas, 75,8% e 49,6% das negras não possuem carteira assinada. A

comparação entre os dois grupos etários revela que 80,9% das mulheres entre 15 e 24 anos não possuem carteira assinada. Destas, 46,4% são brancas e 48,5% são negras. Entre as mulheres de 50 a 59 anos, 64,8% das brancas e 33,3% das negras não possuem carteira assinada.

Para analisar a renda das mulheres brancas e negras de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, esse estudo utiliza a escala a seguir, que vai de 1 a 5, para representar a variação nos rendimentos.

1- até um salário mínimo (R$ 0,00 a R $200,00);
2- entre 1 e 3 salários mínimos (R$201 a R$600,00);
3- entre 3 e 5 mínimos (R$ 601 a R$ 1.000,00);
4- entre 5 e 25 salários mínimos (R$ 1.001,00 a R$ 5.000,00);
5- acima de 25 salários mínimos (R$ 5.001,00 e mais).

Para elaboração dessa escala de salários, utilizou-se como base o salário mínimo de R$200,00, o qual vigorava na época da pesquisa. A tabela 3 mostra os dados relacionados ao rendimento familiar das mulheres belo horizontinas de 15 e 24 anos e de 50 a 59 anos.

Tabela 3

Percentual de mulheres de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, por categorias de rendimento, segundo a cor - Belo Horizonte, 2002

Categoria de Rendimento		Cor			
		Branca	Negra	Total	N
1	15-24	38,8	58,0	96,8	79537
	50-59	49,7	43,5	93,2	9146
2	15-24	35,8	61,8	97,6	64999
	50-59	48,1	49,1	97,2	21810
3	15-24	74,1	25,9	100,0	7038
	50-59	63,7	26,3	90,0	8465
4	15-24		100,0	100,0	675
	50-59	77,4	22,6	100,0	7890
5	15-24	43,3	51,5	94,8	99601
	50-59	48,4	51,6	100,0	63221

Nota: Os percentuais não fecham 100% devido a exclusão das indígenas e não sabe

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2002.

Os dados acima revelam que 58,0% das negras entre 15 e 24 possuem renda de até 1 salário mínimo. Das mulheres entre 50 e 59 anos, 49,7% vivem com rendimento de até 1 salário mínimo.

Casamento

As mulheres negras têm, de um modo geral, uma situação conjugal mais desfavorável do que suas companheiras brancas. No mercado matrimonial e de paquera, a cor orienta as relações sociais e de poder. Embora muitos homens declarem que a mulher ideal é a morena (e esta vai desde a branca de cabelos escuros até a preta de cabelo crespo), quanto mais marcas e traços negróides tiver, mais a mulher deve compensar através de outras qualidades, principalmente com o corpo. A mulata, símbolo de sensualidade e prazer é muito bem descrita através da música, literatura e pintura, e a negra usando de certos atributos físicos que os homens admiram, para muitos ainda servem apenas para o ato sexual. Dependendo do objetivo da paquera, uma menina branca deve se esforçar menos do que uma menina negra.

Segundo os dados da pesquisa SRSR, das mulheres brancas de 15 e 24 anos e de 50 a 59 anos, 49,1% das brancas são casadas, 39,0% unidas, 41,2% solteiras e 47,3% divorciadas. Das negras, 48,9% são casadas, 56,0% unidas, 54,6% solteiras e 39,1% divorciadas. Quando separam-se os dois grupos etários, é interessante observar que o percentual de negras divorciadas, entre 15 e 24 anos é mais elevado do que o de brancas (41,5% contra 32,3%), mas o percentual de mulheres negras divorciadas entre 50 e 59 anos é mais baixo (38,6%) do que os das mais jovens (41,5%). Esta relação se inverte para as brancas, onde o percentual de mulheres divorciadas é mais elevado entre as mais velhas (50,2%) do que entre as mais jovens (32,3%). Estas informações encontram-se mais detalhadas na tabela 4 abaixo.

Tabela 4

Percentual de mulheres de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, por estado civil, segundo a cor - Belo Horizonte, 2002

Estado civil		Cor			
		Branca	Negra	Total	N
Casada	15-24	32,9	67,1	100,0	19164
	50-59	54,3	43,0	97,3	59042
Unida	15-24	36,4	57,2	93,6	16774
	50-59	49,2	50,8	100,0	4083
Solteira	15-24	41,9	54,6	96,5	212644
	50-59	33,4	54,1	87,5	18185
Divorciada	15-24	32,3	41,5	73,8	2962
	50-59	50,2	38,6	88,8	15107

Nota: Os percentuais não fecham 100% devido a exclusão das indígenas e não sabe

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2002.

Quanto às características educacionais dos parceiros, os dados sugerem que as negras têm, em sua maioria, parceiros com baixa escolaridade. Em contrapartida, mais brancas se casam ou se unem com companheiros que apresentam patamares mais elevados de escolaridade. A tabela 5,

abaixo, mostra os percentuais de mulheres, por cor e grupos etários, casadas ou unidas com homens de baixa e alta escolaridade.

Tabela 5

Percentual de mulheres de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, por cor, segundo a escolaridade do parceiro - Belo Horizonte, 2002

Escolaridade do parceiro		Cor da mulher			
		Branca	Negra	Total	N
Baixa escolaridade	15-24	33,5	65,0	98,5	64288
	50-59	47,0	50,3	97,3	41665
Alta escolaridade	15-24	70,4	29,6	100,0	16007
	50-59	63,9	36,1	100,0	19350

Nota: Os percentuais não fecham 100% devido a exclusão das indígenas e não sabe

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2002.

A verificação das ocupações dos companheiros das mulheres de Belo Horizonte, dos grupos entre 15 e 24 anos e de 50 a 59 anos revela que as ocupações mais citadas pelas mulheres durante a pesquisa são as que compõem os estratos denominados por Silva (2000) como baixo superior (trabalhadores urbanos não qualificados) e médio inferior (trabalhadores qualificados e semi-qualificados). Em relação ao extrato baixo superior, os dados revelam que 68,0% das mulheres negras, jovens e 31,9% das negras entre 50 e 59 anos informaram estar unidas ou casadas com indivíduos desempenhando atividades dessa natureza. Em contrapartida, a grande maioria das mulheres casadas com homens que pertencem a categorias ocupacionais dos extratos superiores se classificaram como brancas.

As informações sobre a alter e a auto classificação de cor/raça

Para analisar a coerência das informações sobre cor/raça, fornecidas pelas entrevistadas, esse estudo verifica dados de alter e auto classificação por cor. A tabela 6 apresenta os dados referentes a alter e auto classificação, segundo as categorias de cor do IBGE, que são branca, preta, parda, amarela ou oriental e indígena. Para efeitos desse estudo, as categorias preta e parda são reunidas na categoria denominada negra e as categorias amarela/oriental e indígena serão excluídas.

Tabela 6

Percentual de mulheres de 15 a 24 anos e de 50 a 59 anos, por alter e auto classificação de cor - Belo Horizonte, 2002

Alter classificação		Auto classificação			
		Branca	Negra	Total	N
Branca	15-24	75,2	23,2	98,4	112176
	50-59	79,8	18,5	98,3	51217
Negra	15-24	4,7	92,3	97,0	61691
	50-59	16,7	77,5	94,2	25106

Nota: Os percentuais não fecham 100% devido a exclusão das indígenas e amarelas e orientais

Fonte: SRSR - Cedeplar - Fundação Ford - 2002.

As informações na tabela 6 acima revelam que, das mulheres entre 15 e 24 anos que foram classificadas pela entrevistadora como brancas, 75,2% confirmou a classificação e também se definiu como branca, mas 23,2% se autodenominou como negra. O que a tabela indica é que existe uma discordância entre a auto e a alter classificação.

Quanto à questão da discriminação por cor, 82,9% das brancas informaram que nunca foram mal tratadas devido à cor de pele. Por outro lado, este percentual decresce quando tal pergunta é feita para as mulheres negras – 74,5% delas disseram que nunca foram mal tratadas pela aparência.

Comentários Finais

O objetivo deste estudo foi verificar a situação da mulher em Belo Horizonte, em relação á escolaridade, ocupação e casamento. O intuito dessa análise era desenvolver uma reflexão acerca de como as variáveis acima citadas podem estar ligadas com a questão da ascensão social das mulheres desse município. A idéia foi comparar mulheres de grupos etários diferentes para verificar se houve melhorias, ou não, na situação de vida de uma geração para outra.

As variáveis de educação, ocupação, casamento e cor são fundamentais nas investigações que envolvem a ascensão social, pois são nestes âmbitos que os espaços, as possibilidades para mobilidade surgem. Nesse sentido, a cor é uma dimensão fundamental em qualquer análise deste nível, pois, no Brasil, existe uma forma muito peculiar discriminação: a discriminação por cor. Tal discriminação manifesta-se sobretudo no âmbito das relações interpessoais e nos espaços onde essas relações ocorrem, isto é, no ambiente de trabalho, na escola e no casamento.

O que esta breve análise exploratória indicou é que, em Belo Horizonte, entre as mulheres do grupo etário mais jovem, o percentual que se declarou como da raça/cor declarou como negra

foi menor (12,7% contra 14,7%). Este resultado sugere que as mulheres mais jovens estão assumindo mais sua "negritude". Quanto à escolaridade, os dados revelaram que as negras de Belo Horizonte, assim como as demais do país, possuem uma defasagem em termos de escolaridade quando comparadas às brancas. O percentual de brancas (39,0) com baixa escolaridade é menor do que o de negras (57,4%).

Os dados relacionados à ocupação apontam para um maior percentual de negras, do que brancas, empregadas (56,4% contra 41,1%). Entretanto, isso não significa dizer que as mulheres de cores/raça distintas estão igualmente distribuídas dentro dos diversos estratos ocupacionais. Pelo contrário, nos estrato baixo, onde situa-se a ocupação de empregada doméstica, por exemplo, existem muito mais negras do que brancas, isso tanto entre as mulheres mais jovens quanto entre as mais velhas. No grupo mais jovem, 70,7% das domésticas são negras e, entre o grupo etário mais velho, o percentual de negras é de 64,8%.

A situação conjugal mostra que as negras ainda se casam menos do que as brancas, mas entram muito mais no que se denomina de união (viver com alguém sem legalizar a situação perante a lei ou a Igreja). negra é mais elevado do que o que se declarou da cor branca (33,5% versus 26,9%). Já no grupo etário mais avançado, o percentual de mulheres que se

Em relação a questão da coerência das informações sobre raça/cor, fornecidas pelas entrevistadas, cabe dizer que os dados revelaram um certo grau de discordância e que esta é uma questão que merece ser investigada com mais detalhes.

Essa breve análise exploratória deixa evidente a necessidade de se ampliar a investigação sobre a ascensão social das mulheres em Belo Horizonte. Algumas perguntas questões ainda precisam ser elucidadas num próximo estudo, dentre elas estão: como a escolaridade afeta as chances de casamento para mulheres negras e para mulheres? As mulheres negras mais escolarizadas têm maior facilidade,ou não, de encontrarem parceiros mais bem sucedidos cultural e economicamente? As mulheres negras bem sucedidas educacionalmente têm as mesmas chances de ocuparem cargos melhores no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIMA, Márcia. Trajetória educacional e realização sócio-econômica. In Cor e estratificação social. Carlos Hasenbalg... [et al]. Rio de Janeiro : Contra Capa Livraria. 1999. p. 148-58.

_____. Aspectos regionais do mercado de trabalho no Brasil. In Cor e estratificação social. Carlos Hasenbalg... [et al]. Rio de Janeiro : Contra Capa Livraria. 1999. p. 159-83.

SILVA, Nelson do Valle. 2000. Extensão e natureza das desigualdades raciais no Brasil. In Guimarães, Antônio Sérgio Alfredo e Huntley, Linn (org). Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil. São Paulo, Paz e Terra. P.33-51.

Bolsista Marisa Alves Lacerda

ANTICONCEPÇÃO E AIDS X CONHECIMENTO E PREVENÇÃO: UM PERFIL DAS JOVENS BRANCAS E NEGRAS EM BELO HORIZONTE E RECIFE

OBJETIVO

Pretendo neste trabalho traçar um perfil da anticoncepção e do conhecimento sobre AIDS, para as mulheres de 15 a 24 anos, sexualmente ativas[30], nos municípios de Belo Horizonte/MG e Recife/PE, fazendo um recorte por raça. A categoria negra aqui adotada, em conformidade com o que sugere a literatura, englobará as entrevistadas que se declararam como pretas e pardas, segundo as categorias do IBGE. Por se tratar de um número muito pequeno, portanto não capaz de afetar os resultados da análise, as entrevistadas que se declararam como amarelas e indígenas não serão contabilizadas.

A partir de dados amostrais, tentarei identificar as principais características deste grupo em termos de conhecimento, preferências e uso de métodos anticoncepcionais (MAC), e em termos do conhecimento acerca da AIDS, sempre buscando salientar as principais semelhanças e/ou diferenças entre as mulheres brancas e negras, nos dois municípios.

FONTE DE DADOS

Os dados aqui utilizados são aqueles gerados pela "Pesquisa sobre a saúde reprodutiva da mulher em Belo Horizonte e Recife", desenvolvida pelo CEDEPLAR/UFMG no ano de 2002. Nessa pesquisa foram entrevistadas 2409 mulheres com idades entre 15 e 59 anos, sendo 1301 em Belo Horizonte e 1108 em Recife.

Do total de entrevistadas, 561 (303 em Belo Horizonte e 258 em Recife) têm entre 15 e 24 anos. Destas, 360, sendo 203 em Belo Horizonte e 157 em Recife, são sexualmente ativas. Entre as jovens[31] sexualmente ativas,36.5% (ou 74 mulheres) em Belo Horizonte e 35.7% (o que equivale a 56 mulheres) em Recife se classificaram como brancas e 63.5% (129 mulheres) e 64.3% (ou 101

[30] Serão consideradas sexualmente ativas as mulheres que já tiveram pelo menos uma relação sexual, em algum momento da vida.

mulheres), respectivamente, se classificaram como negras.

Após a inserção dos pesos, a amostra foi expandida para 829.484 entrevistadas em Belo Horizonte/MG e 495.880 em Recife/PE. Destas, 251.851 e 152.331, respectivamente, tem entre 15 e 24 anos, sendo que 158.697 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE são sexualmente ativas. Vide gráficos I, II e III.

Gráfico I - Total de entrevistadas em Recife/PE e Belo Horizonte/MG.

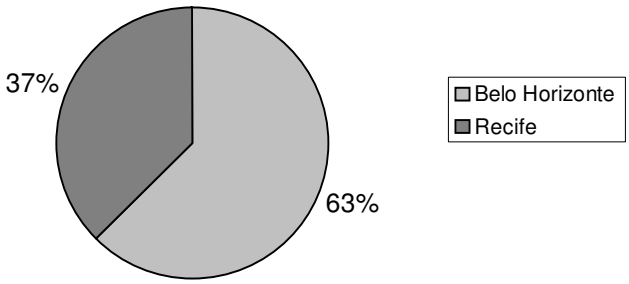


Gráfico II - Jovens amostradas em Belo Horizonte/MG e Recife/PE.

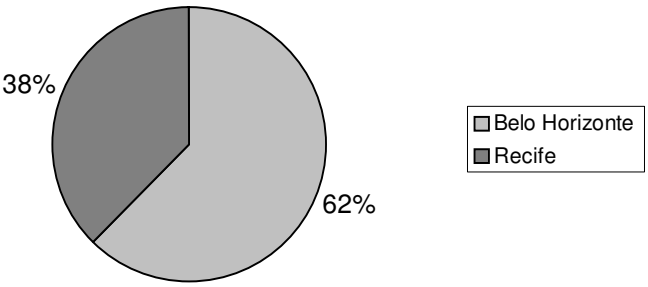
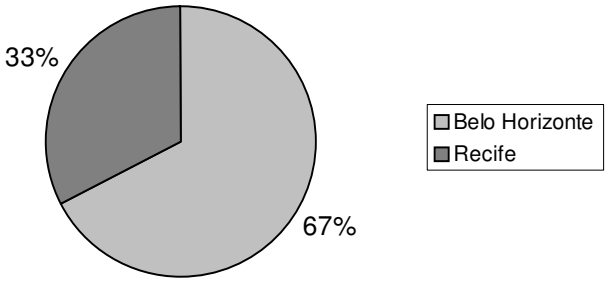


Gráfico III - Jovens sexualmente ativas amostradas em Belo Horizonte/MG e Recife/PE



[31] De agora em diante, o grupo de mulheres de 15 a 24 anos será designado pelo termo "jovem", em conformidade com a literatura corrente, que identifica essa faixa etária como sendo o grupo de jovens.

VARIÁVEIS SELECIONADAS

Para este trabalho, foram selecionadas variáveis constantes das seções referentes à Caracterização da entrevistada (seção 1), à Anticoncepção (seção 9), ao Casamento e atividade sexual (seção 11) e a DST/AIDS, noções e prática de sexo seguro (seção 12).

Como não é interesse deste trabalho discutir diferentes formas de classificação por cor/raça, e também para garantir maior comparabilidade com outros estudos sobre temas afins, as diferenciações quanto à cor e à raça das entrevistadas serão feitas a partir das respostas à pergunta "Qual é sua cor/raça, segundo as categorias branca, preta, parda, amarela/oriental e indígena? (variável 0126)". Por terem representado um percentual muito pequeno da amostra, as categorias amarelo/oriental e indígena foram excluídas desse estudo, sem prejuízo dos resultados.

Com a finalidade de obter informações quanto ao conhecimento e uso atual do MAC, serão utilizadas as respostas às perguntas "Que métodos você conhece ou já ouviu falar?(variável 0900)" com resposta espontânea, "Atualmente, você ou o seu marido/companheiro usa algum método para evitar gravidez? (variável 0910)", "Que método usa atualmente?" (variável 911) e "Em que época, entre o início de uma menstruação e o início da outra, uma mulher tem mais chance de engravidar?" (variável 956).

A utilização das respostas às perguntas "Qual é sua situação conjugal atual? (variável 1105)", "Qual era sua relação, na época, com essa pessoa com quem teve a sua primeira relação sexual? (variável 1122)", "Nessa primeira relação, vocês usaram algum método anticoncepcional? (variável 1124)" e "Qual método vocês usaram? (variável 1125)" visam principalmente obter informações quanto à iniciação sexual das jovens.

A fim de avaliar o nível de conhecimento que as entrevistadas têm sobre DST/AIDS, formas de contágio, tratamento, prevenção e risco de contágio, serão utilizadas as variáveis "Como uma pessoa pode pegar AIDS? (1212)", "O que uma pessoa pode fazer para evitar contrair AIDS? (1214)", "A AIDS já tem cura? (1215)", "A AIDS pode ser controlada? (1216)", "Você acha que seu risco de contrair AIDS é grande, moderado, pequeno ou você não corre risco nenhum? (1220)" e "O seu conhecimento sobre AIDS influenciou/modificou sua vida/comportamento sexual? (1221)".

RELEVÂNCIA DO TEMA E BIBLIOGRAFIAS PERTINENTES

A despeito da inexistência de unanimidade nas Ciências Sociais, e nos estudos em geral, acerca das referências etárias que demarcam os limites entre a adolescência e a juventude, estudos sobre esses dois grupos vêm ganhando maior relevância nos últimos anos. No Brasil, o grupo de

jovens – aqui englobando o grupo etário de 15-24 anos – possui um grande peso, em termos de contingente populacional. O que temos é que, a despeito da rápida modificação na estrutura etária da população, que vem ocorrendo desde o início do século XX, de maneira mais evidente a partir da década de 60, e que é causada principalmente pela queda contínua na taxa de fecundidade, o percentual de jovens no Brasil ainda é alto.

Dados da PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – demonstram que a população brasileira de jovens de 20 a 24 anos correspondia, em 1995, a 8,5% (ou 13 milhões de indivíduos) da população total do país, e o grupo etário mais numeroso naquele momento era o de adolescentes de 15 a 19 anos, que somavam 10,4% da população do país (ou 15,7 milhões de indivíduos). Dados do Censo Demográfico de 2000 demonstram a continuidade desse quadro. Segundo esses dados, 9,51% da população (aproximadamente 16 milhões de pessoas) tinham entre 20 e 24 anos e 10,6% da população (praticamente 18 milhões de pessoas) encontravam-se no grupo etário de 15 a 19 anos.

A juventude deve ser entendida como uma fase intermediária entre a infância e a vida adulta, uma fase de aprendizagem e descobertas na qual aflora a curiosidade acerca de temas ligados a sexo, sendo comum a discussão desses temas pelos jovens, nos diferentes grupos dos quais ele participa (LACERDA; 2003).

Também a mídia, cada vez mais presente no cotidiano, bombardeia os jovens com imagens e informações sobre sexo que, em nossos dias, deixou de ser algo pertencente ao âmbito da vida privada, para tornar-se algo exposto publicamente na rua, na televisão, etc. (CARIDADE; 1999). Esse excesso de informações, no entanto, mostra-se inócuo quando não vem acompanhado de um espaço adequado à reflexão, não sendo suficiente para promover a aquisição de conhecimentos e habilidades que possibilitem a adoção de comportamentos sexuais seguros e conscientes, capazes de garantir a prevenção de gravidezes indesejadas e de infecção por DSTs/AIDS, por parte das jovens(SANTOS et.al; 1999).

Prova disso são os dados do Ministério da Saúde, constantes no Boletim Epidemiológicos AIDS de fev/1999. Segundo esses dados, dos 155.590 casos de AIDS notificados entre 1980 e fevereiro de 1999, 13% (ou 20.064 casos) eram de pessoas que tinham entre 15 e 24 anos e 43,23% (equivalente a 67.267 casos) eram entre pessoas de 25 a 34 anos. Levando-se em conta que um portador de HIV pode viver em média 10 anos sem apresentar qualquer sintoma, as estimativas são de que um número elevado de pessoas foi contaminado quando tinha entre 15 e 24 anos. Além disso, o número de mulheres infectadas aumentou muito em relação ao número de homens nas duas últimas décadas, e continua aumentando. A razão de infecção por AIDS era de 23M:1F em 1984,

tendo passado para 2M:1F em 1999 (SANTOS et.al; 1999). Isso revela o aumento da vulnerabilidade à AIDS, entre as mulheres.

No que se refere à gravidez, embora o número de jovens grávidas que tem entre 20 e 24 anos venha sofrendo uma redução expressiva ao longo dos anos, este grupo etário continua a ser o que apresenta a mais alta fecundidade entre as mulheres brasileiras, segundo dados de 1995, em CAMARANO (1998). Já entre as jovens de 15 a 19 anos, o número de gravidezes vem aumentando no Brasil, acompanhando as tendências observadas em outros países, o que faz desta uma questão de saúde pública que merece ser mais bem trabalhada, a partir do desenvolvimento de programas específicos para a população jovem, que visem identificar as causas e elaborar soluções, já que a fecundidade entre mulheres com menos de 20 anos é denominada como "precoce", tanto por razões biológicas relacionadas ao desenvolvimento humano quanto, principalmente, devido à antecipação dos movimentos socialmente institucionalizados para a reprodução, o que gera "...uma série de resultados indesejados para as mulheres e filhos" (CAMARANO: 1998, 110).

Outro fator que merece ser comentado é a proporção cada vez maior de nascimentos ocorridos muito antes do casamento, podendo esse fato ser explicado de diferentes maneiras, seja por mudanças nas normas que regem a sociedade, seja por estar havendo uma iniciação cada vez mais precoce das jovens na vida sexual. Essas gravidezes ocorrem muitas vezes de forma indesejada e/ou não planejada, como resultado de relações sexuais não protegidas, que podem gerar várias outras situações para as quais a jovem não se sente preparada, como aborto, casamento, maternidade prematura, DSTs, AIDS, interrupção da escolaridade e outras conseqüências psicológicas e sociais. Além disso, estudos como o desenvolvido por CAMARANO (1998), sugerem haver uma estreita relação entre pobreza e gravidez fora do casamento.

Embora o acesso à informação não seja determinante da prática, ele certamente está correlacionado positivamente a esta, sendo um passo importante na prevenção de DST/AIDS e gravidezes precoces. Em seu estudo sobre as práticas contraceptivas das mulheres sexualmente ativas de 15 a 24 anos, LONGO (2001) buscou, a partir dos dados da pesquisa DHS (Demographic and Health Survey) de 1996, verificar quais os fatores que influenciam o uso de métodos contraceptivos por estas, bem como investigar quais fatores interferem no fato de se ter um filho não desejado. Os resultados apontam para o fato de que o comportamento sexual inicial serve com preditor da vida sexual futura da jovem, e que, portanto, a melhor forma de evitar os efeitos de uma gravidez não desejada é garantindo, antes da iniciação sexual, o esclarecimento e a conscientização necessários, para que a jovem possa adotar práticas contraceptivas seguras no futuro. Para tanto, LONGO (2001) destaca a importância da educação sexual da jovem, salientando o papel

preponderante da escola e da família, cabendo à primeira suprir a carência de informações que porventura não seja satisfeita pela segunda.

Outra questão que deve ser salientada é a situação do grupo de mulheres pretas e pardas. Pesquisas apontam para o fato de que as chances de vida inferiores a que os indivíduos pretos e pardos estão expostos os acompanham ao longo de toda a vida (HASENBALG; 1992). Seguindo essa linha, estudos empíricos, como o de OLINTO (2000), demonstram que as mulheres pertencentes a estes dois grupos de cor encontram-se em desvantagem tanto em relação à população masculina, dada a hierarquia de gênero, quanto em relação à população de mulheres brancas, dadas a hierarquia racial. Ou seja, as condições sócio-econômicas e demográficas das mulheres vão ficando piores à medida que há um "escurecimento" da pele (menor escolaridade e renda familiar, piores condições de moradia, menor uso de métodos contraceptivos, maior número de filhos e maior perda fetal), o que torna essencial englobar não somente o recorte por gênero, mas também por raça, para se pensar em estudos e políticas públicas realmente eficientes.

Pensando nas questões raciais no Brasil, o que se percebe é que o conceito de raça é em si um conceito difícil de se pensar e trabalhar, já que o fato de se tratar deste tema constitui para muitos um "tabu", por remeter à idéia de hierarquização. Além disso, tal conceito não pode ser considerado nem socialmente neutro nem tão pouco sem conseqüências (HASENBALG; 1992). Em seu texto "Raça e racismo no Brasil", GUIMARÃES (1999) afirma que no Brasil raça não faz parte nem do vocabulário erudito nem da boa linguagem, sendo este conceito utilizado apenas entre pessoas 'não refinadas' ou em movimentos sociais promovidos por pessoas que se sentem discriminadas por sua cor ou complacência física. Seu comentário bastante pertinente, dá uma idéia do que seja trabalhar com a questão racial.

O tema "raça" surgiu no Brasil no final do século XIX, a partir da introdução de modelos importados da Europa. A tentativa de entender a Nação segundo um crivo racial – utilizando-se de teorias poligenistas e modelos darwinistas de evolução – era uma forma de naturalizar as diferenças e legitimar certos interesses e projetos, através da explicação das hierarquias sociais como conseqüência de determinações biológicas.

Em termos científicos (biológicos), o termo raça é atualmente insignificante, mas sabe-se que essa visão biologizante é uma das responsáveis pela conotação negativa que o termo raça possui ainda hoje, dada a associação que muitas pessoas fazem entre "falar de raça" e "ser racista".

No senso comum, o conceito de raça vem muito associado à questão da cor da pele. Esta por sua vez é influenciada por emblemas sociais como educação e renda. Esta constatação nos leva a alguns pontos importantes: 1) definir raça no Brasil implica em considerar o peso das diferenças

fenotípicas nessa determinação; 2) não há como definir raça fora de um contexto social e histórico; 3) raça é um conceito relacional, não é algo isolado e independente dos demais componentes da vida social; 4) os termos da determinação racial são indeterminados e subjetivos.

Muitos autores vêm tentando definir o que seja raça, bem como qual a melhor forma de se trabalhar com esse conceito. Para OMI (1994), raça é "um conceito que significa e simboliza conflitos sociais e interesses se referindo a diferenças nos corpos humanos" (p.55).

GUIMARÃES (1999) concebe o conceito de raça como classificatório, utilizado pelas pessoas com propósitos e conseqüências diversos, sendo a raça um tipo de identidade social, como sexo e classe social, implicando assim em situações de distribuição desigual do poder, de direito e cidadania. É certo que essa distribuição desigual, socialmente construída e culturalmente aceita, é passível de exercer forte influência sobre a saúde sexual e reprodutiva das jovens, na medida que implica em acesso diferenciado aos mecanismos adequados de proteção contra DST/AIDS e gravidezes indesejadas.

Confirmando esse raciocínio, segundo HASENBALG (1992), a partir da segunda metade da década de 70 a raça no Brasil passou a ser concebida como "...um esquema classificatório e um princípio de seleção racial que está na base da persistência e reprodução de desigualdades sociais e econômicas entre brasileiros brancos e não brancos" (p. 11), agindo assim como determinante das chances de vida das pessoas, ao mesmo tempo em que serve para disponibilizar diferentes tipos de socialização e aprendizado do lugar na hierarquia social, ou seja, de identidades sociais, conforme o pertencimento do indivíduo a um ou outro grupo racial.

MONTES (1996) inclui a questão da identidade para tentar definir não somente o que seja raça, mas também como esse conceito foi e é construído e transformado cotidianamente. Desenvolve seu raciocínio através de um enfoque teórico que ela chama de visão reificadora, uma visão que remete à permanência, àquilo que resiste e fica, ignorando as diferenças no modo como são construídas as identidades.

Essa visão está na base das teorias evolucionistas, que buscavam encontrar algo que fosse pertencente a todos os homens e ao mesmo tempo servisse para diferenciá-los. Tal papel coube à raça, que dentro da teoria evolucionista acabou por ser utilizada com o intuito de hierarquizar as diferentes culturas de acordo com "certas capacidades e potencial civilizatório" que seriam inerentes aos diferentes grupos. Assim, as culturas se distinguiriam pelas diferenças no potencial de seus indivíduos, que eram internamente iguais e invariáveis em termos de habilidades (diferença racial relegada ao reino da natureza).

A raça seria "o que garante a unidade e a diversidade dos homens (...) que estabelece os

limites dentro dos quais vamos poder identificar cada grupo"; "... é a raça, algo que indica a constância e a permanência de certas características de determinados grupos humanos..." (p.53). Essa visão ainda se faz fortemente presente no senso comum, fazendo com que tomemos o grupo pelo indivíduo, e vice-versa, a partir da criação de estereótipos.

Trazendo esse raciocínio para o campo de interesse desse estudo, percebe-se quão importante se faz a inclusão do recorte por raça, quando se pretende analisar, ainda que superficialmente, a forma como se dá o acesso à informação e aos mecanismos de prevenção, no que se refere às gravidezes indesejadas e às DST/AIDS. Introduzir tal recorte significa aprofundar o conhecimento sobre os diferenciais inter-raciais, sobre as distâncias que separam esses dois grupos, que se inserem muitas vezes de maneira diferenciada no meio social e por isso estão expostos diferentemente aos riscos acima citados.

ANÁLISE DE DADOS

SITUAÇÃO CONJUGAL ATUAL

No que se refere à situação conjugal, embora a maioria das jovens entrevistadas nunca tenha se unido ou casado, foram identificadas diferenças significativas entre os dois municípios analisados, como podemos ver na tabela I. O que mais chama a atenção é a alta porcentagem de jovens negras unidas ou separadas/divorciadas no Recife/PE, sendo esses percentuais não muito inferiores à porcentagem de jovens nunca unidas, dentro da mesma categoria.

No caso das jovens brancas desse município, mais da metade nunca esteve casada ou unida, e o percentual restante se distribui de forma relativamente homogênea entre as demais situações conjugais. Os dados para esse município parecem sugerir a existência de dois padrões diferenciados no que se refere à situação conjugal, sendo que o recorte se dá entre os dois grupos raciais.

Comparando com Belo Horizonte/MG, podemos inferir que a idade ao casar é possivelmente mais elevada do que no Recife/PE, fato confirmado pelas percentagens de jovens nunca unidas, sobretudo negras, bem mais elevadas no primeiro município. Aqui, outra diferença marcante se refere à porcentagem de jovens brancas separadas/divorciadas, que é mais de duas vezes superior à porcentagem de jovens negras na mesma situação conjugal.

Tabela I - Situação conjugal atual das jovens sexualmente ativas em Belo Horizonte e Recife, por raça

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Situação	Branca	Negra	Branca	Negra
Nunca unida	63,4	70,1	53,3	32,4
Casada	10,7	11,3	17,0	11,4
Unida	11,3	13,1	16,2	30,3
Separada/divorciada	14,6	5,5	13,6	25,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

ANTICONCEPÇÃO

- *Conhecimento de MAC*

A importância de analisar o nível de conhecimento de MAC por parte das jovens sexualmente ativas é pautada no princípio de que para se utilizar é necessário antes de tudo conhecer. De modo geral, conforme consta na Tabela II, os MAC mais mencionados foram a pílula, a camisinha masculina, a camisinha feminina, o DIU e as injeções. Em Belo Horizonte/MG, a camisinha masculina, a camisinha feminina e o coito interrompido apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos raciais, tendo sido a camisinha (masculina e feminina) mais mencionada pelas jovens negras e o coito interrompido, mais mencionado pelas jovens brancas.

No caso de Recife/PE, diferenciais significativos foram encontrados para a menção do diafragma, da camisinha feminina, esterilização (masculina e feminina), coito interrompido e, sobretudo, dos implantes e anticoncepção de emergência. Nesses casos, com exceção da camisinha masculina, a menção por parte das entrevistadas brancas foi significativamente superior à das entrevistadas negras, o que nos faz pensar na possibilidade de que o acesso à informação, seja através de campanhas educativas via televisão, rádio, folhetos ou cartazes, seja através de palestras, educação formal, ou outros, não ocorra de forma homogênea em toda a população. É possível que as jovens brancas entrevistadas tenham tido maior acesso aos canais informativos sobre o tema aqui analisado. No que se refere às porcentagens de menção dos implantes e da anticoncepção de emergência, a discrepância encontrada entre os dois grupos raciais sugere que talvez seja necessária uma futura verificação nos dados, a fim de averiguar a existência ou não de erros no banco de dados.

Acredita-se que o fato da esterilização, principalmente a feminina, ter sido pouco mencionada espontaneamente se deve não ao desconhecimento da existência desta, mas principalmente à não associação da esterilização com os demais MAC, uma vez que quando se fala

em contracepção, pode-se muitas vezes tender à associação com algo métodos reversíveis e de uso cotidiano. Prova dessa não associação é o fato de que muitas mulheres que já haviam sido submetidas à esterilização, não a mencionaram quando questionadas sobre quais os métodos anticoncepcionais que elas conheciam. Dessa forma, há possibilidade de que o número de mulheres que conhecem ou já ouviram falar de esterilização esteja subestimado.

Tabela II - Proporção de jovens sexualmente ativas que mencionaram espontaneamente métodos contraceptivos por raça, em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte			Recife		
Cor/Raça	Branca	Negra	Diferença %	Branca	Negra	Diferença %
Pílula	97,5	97,5		98,3	97,2	1,1
DIU	76,2	61,9		58,3	56,5	1,8
Injeções	37,4	35,1	2,3	60,0	59,4	
Implantes	0,0	0,0	0,0	13,8	1,8	12,0
Diafragma	33,6	30,5	3,1	32,4	23,6	8,8
Camisinha masculina	79,5	89,0	9,5	87,6	89,9	2,3
Camisinha feminina	22,6	28,8	6,2	31,7	27,6	4,1
Esterilização feminina	17,9	17,5	0,4	15,6	12,0	3,6
Esterilização masculina	14,8	12,9	1,9	13,8	9,7	4,1
Tabela, abstinência periódica	29,4	27,2	2,2	26,5	26,4	
Coito interrompido	15,8	11,0	4,8	24,8	12,1	12,7
Anticoncepção de emergência	9,5	7,6	1,9	17,8	0,8	17,3
Outro método	1,4	0,5	0,9	0,7	1,0	0,3

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Nota: os espaços em branco se referem àqueles percentuais que não se mostraram significativamente diferentes ao nível de significância de 0,05 no teste qui-quadrado.

Primeiro intercurso sexual.

O não uso de MAC está fortemente associado à ocorrência de gravidezes e nascimentos não desejados. A despeito disso, muitos estudos apontam para o fato de que a maioria das jovens não usa nenhum MAC na sua primeira relação sexual (CAMARANO, 1998). No caso desta pesquisa, os dados coletados parecem sugerir algumas diferenças com relação a essa tendência. A grande maioria das entrevistadas em Belo Horizonte/MG, afirmou ter usado algum MAC no primeiro intercurso sexual. No caso de Recife/PE, a diferença entre os percentuais de resposta positiva e negativa é menos marcante, sendo que a maioria das brancas disseram ter usado algum MAC, ao passo que entre as jovens negras a maioria está entre as que não usaram. Vide Tabela III.

O percentual de não respostas a esta questão sugere a necessidade de ajustes no banco de dados, a fim de verificar a existência de possíveis erros, uma vez que a opção "não respondeu" não faz parte, a princípio, das opções de resposta disponíveis para esta variável.

Tabela III - Proporção de jovens sexualmente ativas por uso de MAC no primeiro intercurso sexual por raça, em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Usou?	Branca	Negra	Branca	Negra
Sim	71,8	60,0	53,9	47,5
Não	28,2	35,6	46,1	51,2
Não respondeu	0,0	4,5	0,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Os métodos mais mencionados pelas jovens que disseram terem usado algum MAC no primeiro intercurso sexual foram a camisinha e a pílula, respectivamente, sendo que as jovens brancas de Recife/PE foram as que menos mencionaram o uso de camisinha masculina, tendo apresentado ainda o maior percentual de uso da pílula, entre as entrevistadas. No caso do Recife/PE, a menção de outros MAC – como injeções, coito interrompido e abstinência periódica – principalmente entre as jovens brancas, foi mais significativa do que em Belo Horizonte/MG, onde somente entre as brancas outros MAC foram referidos. Vide tabela IV.

Tabela IV - Métodos usados pelas jovens no primeiro intercurso sexual por raça, em BeloHorizonte e Recife (em %).

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Método	Branca	Negra	Branca	Negra
Camisinha masc.	88,8	77,2	61,5	78,6
Pílula	10,3	16,2	20,2	9,9
Outros	0,9	6,6	18,2	11,5
Total	100	100	100	100

n= 102.079 em Belo Horizonte e 39,040 em Recife.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Estudos como o de LONGO (2001) demonstram que o tipo de relação com o primeiro parceiro sexual pode ser um ponto influente sobre a decisão de se usar ou não algum tipo de MAC no primeiro intercurso sexual, na medida que entram em jogo questões como a estabilidade da relação, a confiança no parceiro, e o planejamento ou não do intercurso sexual. Pode-se levantar a hipótese de que as chances de uso de MAC na primeira relação sexual aumentam quando o primeiro parceiro é um namorado, noivo ou marido/companheiro. No caso dos dois municípios analisados, na maioria das vezes, foi com um noivo ou namorado que se deu o primeiro intercurso sexual das jovens entrevistadas. Entre as que mencionaram um parente ou outro, há uma diferença

significativamente grande a favor das jovens negras em Belo Horizonte/MG, em relação às demais. Consulte a tabela V.

Tabela V - Jovens brancas e negras sexualmente ativas em Belo Horizonte e Recife, por tipo de relação com o 1º parceiro sexual (em %)

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Relação	Branca	Negra	Branca	Negra
Marido/companheiro	2,9	4,4	6,6	6,7
noivo/namorado	88,9	80,6	86,2	81,9
Amigo/amante	6,2	5,1	4,4	7,4
Parente/outro	2,0	10,0	2,7	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

- Uso atual de MAC

Muitos autores falam do forte potencial do comportamento no início da vida sexual, como preditor do comportamento sexual futuro. Isso significa dizer que o uso de MAC no início da vida sexual aumenta as chances de uso nas relações sexuais futuras (LONGO, 2001). No caso das entrevistadas aqui analisadas, a maioria declarou que usa algum MAC atualmente, como consta da tabela VI.

Tabela VI - Proporção de jovens brancas e negras sexualmente ativas por uso atual de MAC, em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça	Branca	Negra	Branca	Negra
Usa	70,9	76,4	72,0	71,0
Não usa	29,1	23,6	28,0	29,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 140.344 em Belo Horizonte/MG e 67.262 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Nesse caso, como se está trabalhando com um intervalo etário relativamente amplo – 15 a 24 anos – e dentro desse intervalo existem algumas jovens que tiveram sua iniciação sexual mais recentemente, e outras que se iniciaram já há mais tempo, podemos desenvolver nosso raciocínio em dois sentidos, partindo do princípio de que o comportamento sexual inicial determina em certa medida o comportamento sexual futuro.

Por um lado, no caso das jovens que tiveram sua iniciação sexual há pouco tempo, o fato de estar usando MAC atualmente é um ponto positivo, na medida que esse uso aumenta as chances da

jovem adotar um comportamento sexual seguro no futuro, em termos de uso de contraceptivos. Por outro lado, o uso atual de MAC pelas jovens com vida sexual ativa há mais tempo, em muitos casos pode estar resultando do fato de elas terem adotado um comportamento sexual seguro já desde o início de sua vida sexual. Com os dados aqui presentes, logicamente não podemos confirmar a existência de tais relações, uma vez que isso exigiria a aplicação de técnicas e análises que vão além dos objetivos iniciais desse trabalho.

Quando questionadas quanto ao MAC usado atualmente, as entrevistadas apresentaram grande variação nas respostas, tanto entre os dois municípios analisados, quanto entre os dois grupos raciais, dentro de cada município. Vide tabela VII.

No caso de Belo Horizonte/MG, embora os MAC mais usados sejam a pílula e a camisinha masculina, o primeiro foi significativamente o mais mencionado pelas jovens brancas, e o segundo, o mais mencionado pelas jovens negras, sendo que as diferenças percentuais entre a menção de um e outro método, pelos dois grupos raciais, são praticamente as mesmas (em torno de 20%). Outro ponto relevante é a quantidade relativa de jovens brancas usando injeções, que é cerca de quatro vezes maior que a quantidade de jovens negras usando o mesmo método. Há de se pensar nos motivos desses diferenciais inter-raciais. Duas possibilidades explicativas seriam o maior acesso à informação acerca desses métodos, ou o acesso mais facilitado aos métodos propriamente ditos, por parte das jovens brancas.

No Recife/PE, o mesmo fato ocorreu com relação à pílula – o MAC mais usado pelas jovens brancas – e à camisinha masculina – o mais usado pelas jovens negras. No que se refere às injeções, estas tiveram um percentual de uso significativamente mais elevado do que aquele verificado em Belo Horizonte/MG, sendo esse percentual aproximadamente duas vezes maior entre as jovens brancas. Mais uma vez cogita-se a hipótese de ter havido alguma campanha neste município, no sentido de promover o uso de tal método. No caso da diferença percentual no uso de injeções entre as brancas e as negras, assim como no caso de Belo Horizonte/MG, as mesmas possibilidades explicativas são levantadas.

Tabela VII - MAC usado atualmente por jovens sexualmente ativas por raça, em Belo Horizonte e Recife (em %).

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / MAC	Branca	Negra	Branca	Negra
Pílula	64,6	45,3	41,6	32,6
Injeções	11,6	2,5	22,9	11,0
Camisinha masc.	20,3	41,5	28,1	51,3
Esterilização	0,0	2,0	1,3	0,9
Coito int./abstinência	1,1	1,2	6,2	4,3
Outros	2,4	7,6	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 104.217 em Belo Horizonte/MG e 48.052 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

- Conhecimento do período fértil

Um ponto essencial para o uso eficiente de MAC é o conhecimento acerca do funcionamento do próprio corpo, no que se refere ao período fértil, na medida que o uso correto de muitos métodos depende do conhecimento deste. Algumas pesquisas associam o aumento da fecundidade observado na adolescência ao desconhecimento, por parte das adolescentes, do período fértil (CAMARANO, 1998). Assim, vemos na tabela VIII que a maioria das jovens entrevistadas nos dois municípios analisados afirmou existir períodos nos quais a mulher tem maiores chances de engravidar.

Tabela VIII - Frequência das resposta das jovens sexualmente ativas, à pergunta "Existem períodos nos quais a mulher tem mais chance de engravidar?"

Município / Resposta	Belo Horizonte	Recife
Sim	95,9	92,5
Não	1,8	5,0
Não sabe	2,4	2,5
Total	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Quando perguntadas sobre qual seria esse período, dentro do mês, a maioria dentro de cada categoria, com exceção das jovens negras no Recife/PE, demonstrou ter conhecimento do período fértil, tendo respondido à pergunta de maneira correta. Vide tabela IX.

Tabela IX - Jovens sexualmente ativas por raça e conhecimento do período fértil, em Belo Horizonte e Recife.

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Período	Branca	Negra	Branca	Negra
Durante menstruação	3,2	2,7	0,0	1,7
Qdo. Termina menstruação	16,4	25,5	33,2	32,0
No meio do ciclo	68,8	41,4	42,5	26,3
Antes do início da menstruação	8,4	13,5	8,5	13,1
Outros	3,2	12,2	9,2	12,0
Não sabe	0,0	4,6	6,5	14,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Os resultados demonstram que parece haver uma certa confusão entre o período fértil ser no meio do ciclo, ou quando termina a menstruação, fato confirmado pelo alto percentual de respostas afirmativas a essa segunda possibilidade, que foi ainda a mais mencionada pelas jovens negras no Recife/PE. Em algumas situações, essa confusão pode se dever ao fato de que no caso das mulheres cujo período menstrual é muito prolongado, o período fértil pode de fato se igualar ou, no mínimo, se aproximar, do término da menstruação.

As jovens brancas em Belo Horizonte/MG demonstraram ser relativamente as melhor informadas quanto a qual seja o período fértil, fato esse confirmado pelo maior percentual entre todos obtido para a resposta correta (no meio do ciclo).

DST/AIDS

- Conhecimento de DSTs.

A avaliação do nível de conhecimento das jovens sexualmente ativas quanto às DST existentes, assim como no caso do conhecimento dos MAC existentes, é pautada no princípio de que um primeiro passo importante para a prevenção e o tratamento, seria o conhecimento acerca das doenças existentes. Assim, é positivo o fato de que nenhuma das jovens brancas, assim como uma percentagem muito baixa das jovens negras, tenha declarado não conhecer nenhuma DST, conforme vemos na tabela X.

Essa mesma tabela mostra que a doença mais mencionada foi a AIDS, seguida da gonorréia/blenorréia/gota matinal e da sífilis/cancro duro. No caso da AIDS, as diferenças mais significativas foram entre os dois municípios, tendo havido um percentual menor de menção no Recife/PE, sobretudo entre as jovens negras. Para a gonorréia/blenorréia/gota matinal, tanto a maior porcentagem – jovens brancas – quanto a menor percentagem de menção – jovens brancas –

também estão no Recife/PE.

A herpes apresentou percentuais praticamente idênticos para as jovens brancas e negras em Belo Horizonte/MG, tendo sido mencionado por uma porcentagem pouco menor de jovens brancas no Recife/PE. Os menores valores foram obtidos para o grupo de jovens negras neste mesmo município.

O cancro mole/cavalo foi significativamente mais mencionado pelas jovens brancas nos dois municípios, sendo que a menor menção foi por parte do grupo de jovens negras do Recife/PE. No caso dessa doença a distância entre o percentual de jovens brancas e aquele das jovens negras no Recife/PE merece ser melhor analisado, a fim de se averiguar qual o motivo de tamanha diferença. Pode-se pensar inclusive na existência de algum problema no banco de dados desta pesquisa.

Determinadas doenças foram mencionadas por poucas entrevistadas, sendo que no caso de algumas delas, nenhuma entrevistada as mencionou. É o caso do linfogranuloma/mula, do câncer, do chato/piolho e da tricomoníase. Chama a atenção o fato do câncer ter sido referido apenas pelas jovens negras nos dois municípios, em percentuais bastante próximos.

Tabela X - Proporção de jovens brancas e negras sexualmente ativas, por menção espontânea de doenças sexualmente transmissíveis, em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte			Recife		
Cor/Raça / Resposta	Branca	Negra	Diferença %	Branca	Negra	Diferença %
Não conhece nenhuma DST	0,0	1,3	1,3	0,0	1,5	1,5
Gonorréia/blenorréia/gota matinal	58,2	52,1	6,1	62,6	40,0	22,6
Sífilis/cancro duro	61,1	48,0	13,1	50,9	46,0	4,9
Cancro mole/cavalo	22,7	14,1	8,6	13,5	1,3	12,2
Linfogranuloma/mula	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Condiloma/verrugas genitais	6,5	4,2	2,3	16,6	9,1	7,5
Herpes	18,3	18,6	1,1	14,9	4,8	10,1
Tricomoníase	1,8	0,7	1,1	4,5	0,0	4,5
Candidíase/flores brancas	13,1	5,8	7,3	3,3	3,8	0,5
Clamídia	5,1	2,0	3,1	0,0	4,3	4,3
Aids	93,3	93,4	0,1	89,2	85,6	3,6
Outras doenças	3,1	1,0	2,1	1,6	6,5	4,9
HPV	12,1	6,2	5,9	13,0	7,0	6,0
Hepatite	1,4	0,0	1,4	6,4	2,7	3,7
Chato/piolho	4,8	3,4	1,4	0,0	0,7	0,7
Câncer	0,0	3,9	3,9	0,0	3,7	3,7

n = 158.360 em Belo Horizonte/MG e 77.490 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

- AIDS: formas de contágio e mecanismos de prevenção

No caso da AIDS, o primeiro passo no sentido de adotar uma postura preventiva é conhecer

as suas formas de contágio. Entre as jovens, as formas de contágio mais mencionadas foram aquelas decorrentes do contato sexual e do contato com o sangue contaminado. Assim, vemos na tabela XI que as formas de contágio que apresentam maior percentual de menção são as relações sexuais com penetração – que não apresentam grande diferencial em termos do percentual de menção entre as categorias, nos dois municípios – o uso de seringas e agulhas não descartáveis e a transfusão de sangue. As duas primeiras formas citadas coincidem com aquelas que são objeto da maioria das campanhas informativas promovidas pelo governo, o que justifica o alto percentual de menção.

Formas de contágio importantes, o sexo oral e principalmente na gravidez da mãe para o feto e na amamentação da mãe para o bebê, foram pouco mencionadas. Isso sugere a carência de campanhas que enfatizem tais situações de risco. No caso das duas últimas formas citadas, uma explicação possível para o baixo percentual de menção seria o fato de que somente uma parcela específica da população – no caso as grávidas e seus filhos – estão envolvidas em tais situações de risco.

Uma informação importante que os dados fornecem se refere à baixa menção – em alguns casos, inexistente - de formas de contágio que foram amplamente divulgadas e difundidas para a população na época do início da epidemia de AIDS, como é o caso do beijo no rosto, aperto de mão, doação de sangue, mordida de mosquito, acento de vaso sanitário, utensílios domésticos, na praia e com o alicate de manicure. Esse é um sinal positivo, demonstrando que para uma parcela significativa da população, vários tabus vem sendo derrubados e que, pelo menos para essa parcela, cresceu o nível de informação acerca dos reais canais de disseminação da doença. Esse constitui um passo importante para que os indivíduos passem a se proteger da doença de maneira mais efetiva, embora não exclua a necessidade de disseminar tais conhecimentos para toda a população, inclusive as camadas mais pobres, que freqüentemente constituem a parcela mais carente em termos de acesso à informação.

Tabela XI - Proporção de jovens sexualmente ativas brancas e negras por menção espontânea das formas de contágio da AIDS, em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte			Recife		
Cor/Raça / Forma de contágio	Branca	Negra	Diferença %	Branca	Negra	Diferença %
Beijo no rosto	0,7	1,0	0,3	0,0	0,7	0,7
Beijo na boca	10,4	13,9	3,5	13,9	10,0	3,9
Aperto de mão	0,0	3,0	3,0	0,0	0,7	0,7
Relações sexuais com penetração	98,0	94,0	4,0	98,4	97,0	1,4
Sexo oral	9,5	10,3	0,8	7,1	5,3	1,8
Transfusão de sangue	52,7	44,2	8,5	52,1	39,2	12,9
Doação de sangue	7,3	5,0	2,3	0,0	1,3	1,3
Uso de agulhas/seringas ñ descartáveis	51,7	40,6	11,1	48,6	44,2	4,4
Mordida de mosquito	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
Acento de vaso sanitário	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Na gravidez, da mãe para o feto	3,5	1,6	1,9	0,6	0,0	0,6
Na amamentação, mãe para bebê	0,0	2,7	2,7	0,0	2,2	2,2
Utensílios domésticos	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0
Na praia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Outros	4,5	0,4	4,1	2,9	0,8	2,1
Alicate de manicure	7,4	0,9	6,5	1,9	3,4	1,5
Contato com sangue	8,1	13,1	5,0	20,2	15,3	4,9

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Quanto às formas de evitar contrair AIDS, as respostas mais freqüentes estão bastante coerentes com as formas de contágio mais mencionadas anteriormente, como demonstra a tabela XII. O uso de camisinha e o uso de agulhas e seringas descartáveis foram as duas formas de prevenção mais mencionadas, o que vai ao encontro da suposição de que as campanhas educativas têm configurado um importante canal de informação quanto à AIDS, através da vinculação pelo rádio, televisão e em hospitais e postos de saúde.

Chama a atenção o percentual baixo de jovens negras no Recife/PE que mencionaram o uso de agulhas e seringas descartáveis como mecanismo de proteção, em comparação com as outras três categorias. Seria interessante avaliar melhor qual o motivo desse diferencial tão forte entre as duas raças, dentro do mesmo estado, já que o mais alto percentual de menção ao uso de agulhas e seringas descartáveis também está neste estado.

Outra forma de prevenção que apresentou um percentual de menção significativo foi tomar cuidado se precisar de transfusão de sangue, sendo que aqui mais uma vez o menor percentual foi aquele das jovens negras do Recife/PE e o mais alto foi o das brancas.

Aqui, mais uma vez, percebe-se a mudança de certas concepções acerca da doença, fato confirmado pelo baixo percentual de referência a algumas formas de se prevenir contra a AIDS, que guardam relação direta com os pré-conceitos disseminados no início da epidemia, como comentado anteriormente. Dessa forma, respostas como abstinência sexual, não ter relações com

bi/homossexuais, evitar sexo oral/anal, evitar prostitutas, não usar banheiros públicos, não conviver com pessoa infectada, evitar beijar na boca, não doar sangue, foram pouco mencionadas.

Algumas respostas sugerem uma maior compreensão por parte das entrevistadas, quanto ao fato de que o ponto central na prevenção da AIDS é a proteção, e não a abstinência, restrição do número de parceiros, ou a discriminação de certos grupos que antes eram vistos como os disseminadores da doença (prostitutas e homossexuais, por exemplo).

Tabela XII - Formas de evitar contrair AIDS mencionadas espontaneamente por jovens sexualmente ativas em Belo Horizonte e Recife, por raça (em%)

Município	Belo Horizonte			Recife		
Cor/Raça / Forma mencionada	Branca	Negra	Diferença %	Branca	Negra	Diferença %
Abstinência sexual	0,0	0,4	0,4	1,0	4,2	3,2
Usar camisinha	98,8	96,7	2,1	97,4	89,2	8,2
Ter um só parceiro	9,9	1,6	8,3	2,9	4,8	1,9
Diminuir o número de parceiros	9,4	4,0	5,4	0,0	0,0	0,0
Não ter relações com bi/homossexuais	2,1	1,4	0,7	0,0	0,0	0,0
Cuidado se precisar de transfusão	14,6	15,2	0,6	18,4	6,6	11,8
Não doar sangue	2,7	0,6	2,1	0,0	3,4	3,4
Só usar agulhas/seringas descartáveis	35,5	46,9	11,4	50,5	17,7	32,8
Evitar beijar na boca	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Não conviver com pessoa infectada	1,6	1,8	0,2	0,0	1,0	1,0
Não usar banheiros públicos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ir ao médico	0,0	0,4	0,4	0,0	1,6	1,6
Outros	0,7	2,9	2,2	4,5	2,6	1,9
Não sabe/não lembra	2,8	0,8	2,0	0,0	0,0	0,0
Evitar contato com sangue/manicure/dentista	5,0	2,0	3,0	4,5	6,2	1,7
Evitar prostitutas	0,9	1,6	0,7	0,0	0,0	0,0
Evitar sexo oral/anal	0,7	0,4	0,3	0,0	1,1	1,1
Escolher bem os parceiros	0,0	1,4	1,4	1,8	1,6	0,2

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Outra maneira de avaliar o nível de informação das entrevistadas acerca da AIDS é verificando o conhecimento que as mesmas tem da existência ou não de cura ou formas de controle para a doença. Na tabela XIII vemos as respostas das jovens à pergunta “A AIDS já tem cura?”. O resultado é positivo, na medida que demonstra que a maioria absoluta das jovens entrevistadas, nos dois municípios, e independente da raça, tem conhecimento do fato de que a AIDS não tem cura. O mais baixo percentual de resposta afirmativa a essa pergunta foi o das jovens brancas em Belo Horizonte/MG, o que não indica que tenham mais mulheres brancas respondendo negativamente à pergunta, uma vez que foi também nessa categoria o maior percentual de resposta “não sabe” observado.

Tabela XIII - Resposta das jovens brancas e negras sexualmente ativas à pergunta "A AIDS já tem cura?", em Belo Horizonte e Recife.

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Resposta	Branca	Negra	Branca	Negra
Sim	2,4	4,0	4,6	4,7
Não	93,0	95,6	95,4	92,6
Não sabe	4,5	0,4	0,0	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

A resposta à pergunta "A AIDS pode ser controlada?" apresentou altos percentuais de resposta afirmativa, sendo que o menor valor foi aquele observado para as jovens negras no Recife/PE, que conseqüentemente tiveram mais altos percentuais de resposta "não"e "não sabe". O percentual significativo de resposta "não" talvez possa ser explicado pela dificuldade por parte de algumas entrevistadas em compreender a pergunta, ou seja, em diferenciar cura e controle da epidemia. Vide tabela XIV.

Tabela XIV - Proporção das respostas das jovenssexualmente ativas à pergunta "A AIDS pode ser controlada?", por raça, em Belo Horizonte e Recife.

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Resposta	Branca	Negra	Branca	Negra
Sim	91,4	89,7	89,4	80,8
Não	7,3	7,8	8,8	15,2
Não sabe	1,3	2,5	1,8	3,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

- Percepção de risco.

Para entendermos porque, a despeito do fato de que a maioria das jovens declara ter conhecimento sobre a AIDS, das suas formas de contágio e formas de prevenção, uma grande parcela segue não se prevenindo, um ponto importante é conhecer a percepção que essas jovens tem acerca do risco a que elas estão – ou não – expostas, devido às suas atitudes diante da epidemia. Pesquisas, como a realizada pelo Cebrap em 2000(VILLELA, 2001), sugerem que apesar do contínuo processo de feminização da epidemia, as mulheres ainda se vêem fora do grupo de risco, o que reduz a adoção de mecanismos de proteção por parte das mesmas.

No caso da amostra aqui analisada, em conformidade com o que foi exposto, podemos ver na tabela XV que a maioria das jovens sexualmente ativas declarou que o risco que elas correm de

contrair AIDS é pequeno, ou que elas não correm nenhum risco.

Em Belo Horizonte/MG, não houve diferenciais muito grandes entre os percentuais de jovens brancas e negras que declararam não correr risco algum, bem como entre aquelas que declararam que o risco que elas correm é pequeno. O mesmo não aconteceu para as outras respostas possíveis, onde se observam diferenças percentuais marcantes entre os dois grupos raciais.

Também no caso do Recife/PE, as diferenças entre os percentuais das jovens brancas e das jovens negras foi bastante significativa para todas as respostas, sendo que as negras apresentaram os percentuais mais altos de respostas nos dois extremos – "não corre risco" e "corre risco grande".

Tabela XV - Risco de contrair AIDS mencionado por jovens sexualmente ativas, por raça em Belo Horizonte e Recife

Município	Belo Horizonte		Recife	
Cor/raça / Resposta	Branca	Negra	Branca	Negra
Não corre risco	41,3	41,9	29,6	53,7
Risco pequeno	41,6	40,4	53,5	26,6
Risco moderado	6,0	15,5	15,9	11,5
Risco grande	11,1	2,3	1,0	8,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

Embora estejam em conformidade com resultados da pesquisa realizada pelo Cebrap (VILLELA, 2001), esses dados guardam certa incoerência quando comparados com aqueles mostrados pela tabela VII, onde vimos que é bastante baixo o percentual de jovens que declarou usar camisinha durante as relações sexuais, sobretudo de jovens brancas, a despeito do fato de que a única forma de se prevenir da AIDS durante as relações sexuais seja através do uso da camisinha. A mesma incoerência é encontrada quando voltamos às tabelas XI e XII e vemos que o maior percentual de resposta nas duas tabelas se refere, respectivamente, à contaminação da AIDS através das relações sexuais com penetração, e ao uso da camisinha durante as relações sexuais, como forma de prevenção.

Um ponto importante que deve ser considerado a esse respeito se refere ao fato de que embora a camisinha feminina já esteja disponível no mercado, ela ainda é pouco divulgada e utilizada, o que faz com que o uso da camisinha durante o ato sexual seja ainda uma prerrogativa masculina, e isso muitas vezes pode dificultar a adoção de um comportamento sexual seguro por parte da mulher, no que se refere à prevenção da AIDS, já que a utilização ou não da mesma vai

depender sobretudo do desejo do parceiro.

A tabela XVI apresenta a posição das jovens, quando questionadas se o conhecimento que elas tem sobre AIDS influenciou seu comportamento sexual. Os maiores percentuais obtidos foram de resposta afirmativa, sobretudo em Belo Horizonte/MG, pelas jovens brancas. No caso do Recife/PE a diferença entre os percentuais de respostas afirmativas e negativas não é tão marcante, sendo que o menor valor relativo de respostas "sim" foi aquele das jovens brancas. Disso pode-se inferir que as jovens brancas do Recife/PE foram as que tiveram o comportamento sexual menos influenciado pelo conhecimento da AIDS.

Tabela XVI - Proporção de jovens sexualmente ativas que disseram ter o comportamento sexual influenciado pelo conhecimento sobre AIDS, por raça em Belo Horizonte e Recife.

Município	Belo Horizonte		Recife	
Raça / Resposta	Brança	Negra	Branca	Negra
Sim	64,4	61,6	54,9	56,8
Não	35,6	38,4	45,1	43,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

n = 158.696 em Belo Horizonte/MG e 77.806 em Recife/PE.

Fonte: Pesquisa sobre a saúde da mulher em Belo Horizonte e Recife, Cedeplar/2002.

CONCLUSÕES

Conforme vimos, o recorte por raça configura-se como essencial não só em estudos que visem conhecer e avaliar o conhecimento e as condições de saúde e acesso da população jovem feminina aos mecanismos de proteção contra gravidezes indesejadas e doenças, como também no planejamento de políticas públicas que se proponham a atingir de maneira eficiente essa parcela da população, na medida que esses dois grupos apresentam diferenciais importantes, que necessitam ser melhor explorados.

Para a maioria das questões aqui avaliadas, não só a população de jovens negras mostrou-se em desvantagem, como também a população do Recife/PE, que sob muitos aspectos apresentou-se em condições mais vulneráveis do que a população de Belo Horizonte/MG, no que se refere ao nível de informação e adoção de certos procedimentos. Essa diferença entre os dois municípios está em conformidade com pesquisas realizadas anteriormente sobre o mesmo tema, que demonstram a distância entre as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e as regiões Norte e Nordeste, no que se refere a vários tópicos ligados à saúde reprodutiva (CAMARANO, 1998).

Mais uma vez, vale a pena afirmar a importância de se investir na transmissão de informação às jovens, como forma de se evitar gravidezes precoces ou indesejadas, e doenças, já que, conforme dito por LONGO (2001), o comportamento sexual inicial é que vai guiar a vida sexual futura da jovem.

Pensando na importância da informação como preditora da adoção – ou mudança – de comportamentos protegidos, em pesquisa realizada junto a adolescentes de 14 a 16 anos em duas escolas do município de Betim, região metropolitana de Belo Horizonte/MG, LACERDA (2002) obteve resultados que parecem sugerir que embora sexo seja um assunto bastante presente nos bate-papos dos adolescentes, estes ainda são pouco informados acerca desse assunto, além do que a escola enquanto âmbito formal de difusão de conhecimento, assim como a família, vêm falhando enquanto transmissoras de informações a esses adolescentes. Esses resultados corroboram com a necessidade de investir na transmissão de conhecimento sobre as formas de se prevenir gravidezes e DST/AIDS, junto à população jovem, seja por meio da escola, seja através de campanhas vinculadas pela televisão e rádio, que parecem ter obtido bons resultados no que se refere ao uso de preservativo nas relações sexuais e ao não uso de seringas e agulhas compartilhadas, conforme sugerem os resultados dessa pesquisa. Tudo isso sem deixar de levar em conta os diferenciais por raça, que como vimos, são essenciais para se diminuir as diferenças em termos do acesso à informação e à proteção, entre esses dois grupos.

BIBLIOGRAFIA:

- CALAZANS, Gabriela. **Cultura, adolescencia e saúde: perspectivas para a investigação.** In: Maria Coleta de Oliveira (org). Cultura, adolescência e saúde. Campinas: Consórcio de programas em saúde reprodutora, cap. 2
- CAMARANO, A.A.. **Fecundidade e anticoncepção da população jovem.** IN: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas – vol 1. Brasília: CNPD, 1998. 772 pag.
- CARIDADE, Amparo. **O adolescente e a sexualidade**. IN: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento/Nélia Schor, Maria do SocorroF. Taboso Mota, Viviane Castelo Branco (org.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, 1999. vol. 1. p.206-212.
- CASTILHO, E.A.. SZWARCWALD, C.L.. **Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS.** IN: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas – vol 1. Brasília: CNPD, 1998. 772 pag.
- DÍAZ, Juan; DIAZ, Margarita. **Contracepção na adolescencia**. IN: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento/Nélia Schor, Maria do Socorro, F. Taboso Mota, Viviane Castelo Branco (org.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, 1999. vol. 1. p.249-257.
- GUIMARÃES, A.S.A. "**Definindo o racismo**". Parte I. IN: Racismo e anti-racismo no Brasil. São Paulo: Editor sa 34, 1999, p.19-68.
- LACERDA, Marisa Alves. **Adolescentes falando "daquilo": um estudo qualitativo das fontes de informação sobre sexualidade e saúde reprodutiva em duas escolas municipais de Betim,MG.** Belo Horizonte: UFMG, 03/2003. 62 páginas (monografia final do curso de Ciências Sociais).
- LONGO, Luciene Aparecida Ferreira de Barros. **Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos.** In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto/MG. 25 páginas.
- LONGO, Luciene Aparecida Ferreira de Barros. **Prevenir ou remediar? Um estudo das práticas contraceptivas entre as mulheres de 15 a 24 anos no Brasil.** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 03/2001. 116 páginas (dissertação de mestrado).
- *MONTES, M.L. **"Raça e identidade: entre o espelho, a invenção e a ideologia"**. IN: Schwarcz, L.M e Queiroz, R.S. (org),* Raça e diversidade. *São Paulo: Edusp, 1996, p.47-74.*
- OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L., W. **"Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações".** IN: Revista de Saúde Pública, 33(1): 64-72,1999.
- OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A.: **"Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil"**. IN: Cad. Saúde Pública, RJ, 16(4): 1137-1142, out-dez. 2000.
- *OMI, M., Winante, H. **Racial formation in the United States: from the 1960's to the 1990's.** New York: Routledge, 1994, 2nd edition, p. 53-76.*
- SANTOS JR., José Domingues dos. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade.** IN: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento/Nélia Schor, Maria do SocorroF. Taboso Mota, Viviane Castelo Branco (org.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, 1999. vol. 1. p.223-229.
- SANTOS, Vera Lopes dos; SANTOS, Cledy Eliana. **Adolescentes jovens e AIDS no Brasil.** IN: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento/Nélia Schor, Maria do SocorroF. Taboso Mota, Viviane Castelo Branco (org.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, 1999. vol. 1. p.213-222.
- SILVA, Ricardo de Castro e; LUZ, Maria Tereza Machado. **Vulnerabilidade e**

adolescências. IN: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento/Nélia Schor, Maria do SocorroF. Taboso Mota, Viviane Castelo Branco (org.). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde, 1999. vol. 1. p. 93-96.

- VILELA, Wilza. **Mulher e AIDS.** IN: Saúde da mulher e direitos reprodutivos – dossiês/ Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. São Paulo: 2001.
- *WEREBE, Maria José G.. **Sexualidade, política e educação**. Campinas, SP: Autores associados, 1998.*

Bolsista Simone Maria dos Santos

MULHERES NEGRAS E BRANCAS EM BELO HORIZONTE E RECIFE: UM PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

INTRODUÇÃO:

Diante da atual configuração mundial, muitos teóricos caracterizam a época em que vivemos de pós-moderna. Este conceito aponta uma reflexão crítica sobre outras possibilidades e condições de existência no mundo. A capacidade de escolher e discriminar no vasto campo de possibilidades que a pós-modernidade coloca em evidência nos faz pensar que mulheres e homens, descritos em termos de estruturas estáveis - que impunham ao pensamento e à existência a tarefa de se fundamentarem - não é mais a regra. O horizonte filosófico das pós-modernidade nos aponta a possibilidade de escaparmos das narrativas de subjetividades originárias e renunciar à ambição de pureza cultural, absolutismo étnico, origem ou fundamento. Dentro do contexto supra-citado a concepção de "raça", como tipo biológico, não mais se sustenta. Contudo, ainda lidamos com fenômenos sociais decorrentes de um determinado tipo de comportamento que consiste em discriminações e hierarquizações nos termos de diferenças culturais e principalmente em termos de diferenças físicas. Sendo assim, o objetivo central deste estudo é investigar em que medida, e apesar de todo o avanço teórico em relação ao conceito de "raça", esta variável é determinante para a alocação e distribuição de benefícios materiais e simbólicos dentro da sociedade brasileira.

Dito de outra forma, este trabalho tem a pretensão de traçar o perfil sócio-econômico e demográfico das mulheres negras - mulheres que se auto-classificam como pretas e pardas – e das mulheres brancas, em um estudo comparativo entre Belo Horizonte e Recife, no sentido de por em evidência as desigualdades econômicas e sociais que tem como instrumento de discriminações e hierarquizações os caracteres físicos e o pertencimento cultural das pessoas. Para tanto, utlizar-se-

á os dados da pesquisa sobre Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Cor/"Raça". Tais dados nos fornecerão subsídios que colocarão em evidência ou não se ainda existem hierarquizações e discriminações construídas com base nas características físicas das pessoas, mesmo que alguns teóricos classifiquem a atual configuração mundial como pós-moderna e portanto, uma época com poucas possibilidades de tais fatos acontecerem. Segundo a hipótese deste trabalho, a Cor/"Raça" tem um efeito independente sobre alguns aspectos sócio-econômicos e demográficos das mulheres negras e brancas.

JUSTIFICATIVA:

Elza Berquó, uma das pioneiras nos estudos demográficos sobre a população negra no Brasil, em uma entrevista para o jornal da redesaúde[32], ressalta a importância dos estudos sobre a população negra no Brasil afirmando que a cor é um dado de auto-identificação tão importante quanto a idade e o sexo. Na época atual, onde muito se discute sobre ações afirmativas para negros e índios, comprovamos a força do que foi ressaltado por Elza Berquó. Neste sentido, perceber se existe uma correlação entre a variável cor/"raça" e sexualidade, saúde reprodutiva e os aspectos sócio-econômicos torna-se um fator de fundamental importância para uma discussão pertinente sobre as desigualdades sociais e econômicas existentes no Brasil. O intuito deste trabalho é justamente fornecer elementos objetivos para podermos discutir com mais acuidade e propriedade tais desigualdades. Para tanto, primeiramente, será feita uma revisão crítica da literatura sociológica que enfatiza os aspectos biológicos das relações "raciais".

A antropóloga Paula Montero, em seu artigo: g*lobalização, identidade e diferença* nos fornece uma rápida e precisa idéia do modo como as diferenças étnico-culturais - acentuadas pelo processo colonial - foram reordenadas em termos de "raça". Caracteres físicos: cor da pele, tipo de cabelo, formato do rosto, associaram-se à idéia de evolução e progresso. Neste período, a teoria de Charles Darwin demonstrava que todos os animais, inclusive o homem, traziam consigo traços de seus antepassados biológicos. A existência de eras inferiores provava a tese mais cara ao seu pensamento: a sobrevivência é apanágio dos mais fortes. Tais idéias abriram espaço para a interpretação de todos os fenômenos - cósmicos, naturais e humanos. Dito de outra forma, Charles Darwin passaria a ser o formulador teórico que possibilitou a seguinte combinação: seleção natural e evolução das espécies ou seleção natural e progresso.

Tomando de empréstimo as idéias de Darwin, os brancos europeus consideravam-se uma

[32] Jornal da rede saúde número 23 março de 2001.

"raça" superior, assentada num nível mais alto da evolução humana, diferente dos níveis mais baixos que permaneceram no desconhecimento do progresso e do desenvolvimento. A doutrina do determinismo biológico, tendo como um de seus maiores expoentes - o conde Joseph Arthur de Gobineau partia do pressuposto de que, assim como se podia classificar e descrever espécies animais, os humanos poderiam ser tratados como membros de uma categoria; classificados e agrupados enquanto pertencentes a raças superiores ou inferiores. Preconizando a difusão da superioridade européia; a colonização, segundo ele, representaria um avanço para os colonizados que só, assim, poderiam ter acesso à racionalidade, à ciência e à tecnologia do europeu.

Em seu ensaio sobre a desigualdade das raças humanas (1853-1855), ele discute - extensivamente - como as civilizações nascem e porque elas desaparecem. O desaparecimento das civilizações foi por ele creditado à degenerescência dos povos, isto é, um povo não mais teria o mesmo valor intrínseco que possuía outrora à medida que não conservasse em suas veias o mesmo sangue, cuja qualidade fosse afetada por sucessivas alterações provocadas pelas mestiçagens. Nestes termos, Gobineau rejeitava qualquer idéia de mistura de sangue e vaticinava que a decadência da aristocracia - enquanto estirpe - decorreria da mestiçagem. Apesar de condenar a mestiçagem "racial", seu pensamento não se resumia a essa condenação.

Tal pensamento apresentava um paradoxo trágico que pesava sobre a espécie humana: para se civilizar, uma tribo tinha que se misturar com outras e aí - no percurso para a civilização - estaria sua perdição. Nesta perspectiva, nenhuma cultura ficaria a salvo: ou permaneceria pura e selvagem ou se misturaria com outras - se enfraquecendo - para se civilizar. Os dois caminhos levariam à morte. Segundo ele, o Brasil seria a prova viva de sua teoria sobre a degenerescência e sobre a decadência da aristocracia pela mistura, já que nele, brancos e mulatos - de vários matizes - dividiam os privilégios do poder. Este pensamento caracterizou de forma precisa às teses do determinismo biológico e inspirou alguns pensadores brasileiros do fim do século XIX e início do século XX. Destaque é dado a alguns destes pensadores que tidos como clássicos, buscaram seus quadros de referência nas ciências européias: Nina Rodrigues (1862-1906) Oliveira Vianna (1883-1951) e Arthur Ramos (1903-1949), são alguns deles.

Professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia, Raimundo Nina Rodrigues acreditava na degenerescência do mestiço e na inferioridade do negro. Alicerçou seus escritos nas teorias evolucionistas de superioridade das "raças", baseada nos trabalhos de Charles Darwin. A primeira questão por ele ressaltada dizia respeito ao mestiçamento - eliminação fenóptica do negro - ele a definia como um processo natural através do qual os negros estariam se integrando ao povo brasileiro. A segunda questão localizava-se no âmbito cultural: o Brasil

deveria avaliar e determinar a inferioridade do país e a dificuldade de civilizar-se, já que tinha recebido doses colossais de sangue negro em sua formação étnica. Nestes termos, ele justificaria seu principal propósito, ou seja, o controle e a limitação da participação do negro na sociedade brasileira:

"(...) consideramos a supremacia imediata ou mediata da Raça Negra nociva à nossa nacionalidade, prejudicial em todo o caso a sua influência não sofreada aos progressos e à cultura do nosso povo[33]".

Os caminhos legais, isto é, a institucionalização e a legislação da diferença foram as saídas oferecidas por Nina Rodrigues em resposta as dificuldades de construção de uma única identidade nacional. As características "raciais" inatas afetariam o comportamento social e deveriam, por isso, ser levadas em conta pelos legisladores e autoridades policiais. Conseqüentemente, aos negros e índios deveria ser atribuída uma responsabilidade penal atenuada e aplicado um código penal diferente daquele da "raça" branca superior.

Como Nina Rodrigues, Francisco José de Oliveira Vianna (1883-1951) acreditava na herança atávica do mestiço. Mas, apesar de acreditar numa lei antropológica inevitável, que fazia com que os indivíduos resultantes da mestiçagem tendessem a retomar as características físicas, morais e intelectuais das "raças" originais; ele apostava no processo de apuramento sucessivo, capaz de resolver o problema quanto ao futuro étnico do país: o ideal do branqueamento. O mestiço não seria um tipo "racial" degenerado à medida que fosse assimilando cada vez mais as características do branco e deixando de lado as características das "raças" primitivas que entrariam no processo de miscigenação. Nestes termos, ele via na imigração européia um importante fator para acelerar este processo. Desse modo, Oliveira Viana tentava justificar - cientificamente - isto é, por meio de teorias, a superioridade de determinado segmento "racial" em detrimento de outro, preconizando que o processo de arianização ia, a longo prazo, terminar no embranquecimento da população.

Diferentemente de Nina Rodrigues e Oliveira Vianna, Arthur Ramos (1903-1949) era contrário à tese de pureza étnica, de superioridade "racial" dos brancos defendida pelos respectivos autores. Apesar de também defender uma tese de cunho evolucionista: a tese da pureza cultural, onde o negro seria possuidor de uma cultura primitiva, atrasada, da qual precisaria ser libertado, suas análises avançaram em relação às realizadas por Nina Rodrigues e Oliveira

[33] RODRIGUES, Nina. *Os africanos no Brasil*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1935, p.24.

Vianna. Este avanço, em grande parte, só se tornou possível devido à sensibilidade de Arthur Ramos em incluir em sua análise das relações "raciais" a discussão sobre a cultura e a sociedade plurirracial. Este fato contribuiu para que nas décadas de 30 e 40 ele fosse considerado um grande divulgador do conceito de cultura e um dos adversários do mito da superioridade biológica dos brancos. Mesmo não possuindo formação acadêmica em Ciências Sociais, os estudos de Arthur Ramos trouxeram grandes contribuições sobre a religião dos negros da Bahia e do Rio de Janeiro. Apesar da formação na área médica, à semelhança de Nina Rodrigues, Arthur Ramos estudou o negro através da antropologia, discutindo suas sobrevivências culturais. Nestes termos, fica bem caracterizado o fato de suas análises possuírem um cunho evolucionista, pois as culturas diferentes da ocidental, e por isso menos evoluídas, representariam sobrevivências das fases anteriores. Apesar dos avanços, o autor ainda se debatia com as teorias deterministas da época à medida que afirmava a existência de uma cultura verdadeira. Temos assim que Arthur Ramos tentou organizar e defender a pureza cultural enquanto ideal, trabalhando a cultura sob a ótica do civilizado e do primitivo. Utilizando-se do método comparativo, estudava a ausência ou presença dos fatos separados do seu contexto global. Esta maneira de tratar as diferenças culturais apontava um desnível cultural entre as diferentes etnias que compunham o cenário brasileiro. Caracterizar o problema das "relações raciais" como um fator de desnível cultural apontava - nas décadas de 30 e 40 - para uma mudança e para o início da decadência das teorias deterministas do final do século XIX.

Acentuando as perspectivas de Arthur Ramos, mas em avanço em relação a elas, Gilberto de Mello Freyre (1900-1987), desloca o eixo da discussão sobre as relações "raciais" quando opera, de maneira definitiva, a passagem do conceito de "raça" para o conceito de cultura na compreensão da sociedade brasileira. De degenerativa – bode expiatório do atraso brasileiro e causa dos grandes males nacionais – a mestiçagem passa a ser interpretada como um processo cultural positivo. Esta mudança de enfoque permitiu um maior distanciamento entre o aspecto biológico e o aspecto cultural de tais relações. Sua ênfase na plasticidade da cultura do português e na ampla miscigenação da população brasileira o conduziu à perspectiva de que os diferentes tipos étnicos existentes no Brasil deram contribuições positivas à cultura brasileira. Além disso, esta perspectiva contribuiu para eliminar uma série de dificuldades colocadas anteriormente a respeito da herança atávica do mestiço. Apesar de todos os aspectos positivos, tal ênfase, também o conduziu à noção de uma democracia racial, cujo corolário implícito, era a ausência de discriminações "raciais" e, conseqüentemente, a existência de oportunidades econômicas e sociais iguais para todos os tipos étnicos existentes no Brasil.

Considerado o expoente da sistematização do mito da democracia racial, Gilberto Freyre ganhou ressonância nacional, quando publicou, em 1933, o livro *Casa Grande e Senzala,* que permanece até hoje como referência básica sobre a formação da sociedade brasileira no período colonial e suas transformações durante o século XIX. Neste clássico, Freyre, basicamente traduz sua crença num Brasil mestiço. Narrando a história social do universo agrário e escravista do nordeste brasileiro nos séculos XVI e XVII, ele explora a tese da necessidade do intercurso sexual entre índias e escravas negras com os senhores brancos. Esta necessidade era proveniente da escassez de mulheres brancas no cenário de uma economia latifundiária baseada na monocultura da cana-de-açúcar. Segundo ele, este intercurso sexual, apesar das relações assimétricas que o caracterizavam, contribuiu de forma positiva para a formação de um espaço de confraternização entre senhores e escravos. Freyre creditava tal confraternização à flexibilidade natural do português. Segundo ele, a colonização portuguesa teria sido mais branda que as demais, pois à época do descobrimento do Brasil, os portugueses já eram um povo de mestiços, habituados ao trato e a mistura com mouros e negros. Desta perspectiva, ele explicava a origem histórica da miscigenação no Brasil que iria diminuir a distância entre a casa grande e a senzala, vendo-a sob um ponto de vista positivo e não sob o aspecto da degenerescência, como afirmavam Nina Rodrigues e Oliveira Vianna.

Sua obra tem como principal fundamento uma interpretação da formação da sociedade brasileira, tomando como ponto de partida a descrição dos três principais grupos responsáveis pela colonização do Brasil, ou seja, portugueses, índios e negros, assim como suas respectivas contribuições para a formação do país. Seu avanço em relação a Arthur Ramos se configura quando ele afirma que as três "raças" trouxeram suas heranças culturais paralelamente aos cruzamentos "raciais", fato que originou uma mestiçagem no campo cultural. Preconizando esta dupla mestiçagem no campo biológico e cultural entre as três "raças" originárias, o autor passa a definir o brasileiro como a combinação – mais ou menos harmoniosa e conflituosa – de traços africanos, indígenas e portugueses. Esta combinação caracterizaria a complexidade de suas formulações e as várias e contraditórias interpretações de suas obras. Freyre não é um autor fácil. A complexidade de suas formulações permite ao leitor e ao analista defini-lo como um propagador da ótica do senhor branco da casa grande e da classe dominante ou como um grande teórico que ressaltou aquilo que nos marca como diferentes: nossa capacidade de incluir o indefinido em nossa invenção de uma identidade.

Em suas principais obras, como *Casa Grande e Senzala, Sobrados e Mocambos*, inúmeras passagens confirmam as sentenças acima aludidas. Os ataques mais radicais à obra de Freyre são

provenientes dos movimentos negros e de teóricos militantes que colocam em cheque a idéia de convivência harmoniosa entre as diferentes etnias. Segundo eles, esta seria a idéia predominante no pensamento de Freyre. O mito da democracia "racial" encobriria os conflitos "raciais" e enfatizaria um universo isento de contradições, em conseqüência do fato de que o encontro cultural ocultaria as divergências reais que porventura pudessem existir. Ao valorizar a dissolução das diferenças em uma espécie de síntese, ao deslocar: a violência do trabalho escravo, a violência sexual e toda a barbárie que ele mesmo documentou, para um nível psicologista, Freyre estaria mostrando toda sua face conservadora e reacionária. Enfim, segundo estas perspectivas: "a imagem de harmonia étnica e "racial", como parte de uma concepção ideológica mais geral da natureza humana do "brasileiro", associa-se então a um mecanismo de legitimação destinado a absorver tensões, bem como a antecipar e controlar certas áreas de conflito social"[34].

Ainda nos anos 30, Léopold Sédar Senghor , cunha o conceito de *negritude*, ele também parte do pressuposto de que a essência do ser humano e seu valor moral são provenientes de qualidades naturais e hereditárias, ou seja, da "raça". O conde Arthur de Gobineau – *antecipando* Senghor em muitas décadas – expôs algumas idéias que mais tarde se tornariam o cerne das concepções defendidas pelos teóricos daquele movimento. No *Ensaio*, ele vaticinava que a "raça" branca aristocrática e européia, seria filha do Supremo e reinaria sobre a razão. A razão seria branca e nobre em contraste com a arte, pois a arte seria a gota de sangue estrangeiro que teria caído no sangue nobre. Segundo ele, a arte seria negra, pois ao negro pertenceria o domínio da imaginação e, portanto, a raça negra seria a onipotente senhora das artes.

Estas idéias foram reformuladas e enfatizadas por estudantes negros que residiam em Paris. Apesar deste empréstimo, tais idéias foram utilizadas com outro propósito: combater o mito da superioridade branca, defendido pelo próprio conde. Como este intuito, tais estudantes ressaltavam a importância de uma identidade negra caracterizada no plano individual pela emoção e no plano coletivo pela revalorização das tradições negras. Dito de outra forma, a razão seria uma característica "racial" do branco, enquanto a emoção seria uma característica "racial" dos negros. Segundo Soynka, o conceito de *negritude* é o segundo termo, inferior, numa oposição – europeu *versus* africano – que "aceitava a estrutura dialética dos confrontos ideológicos europeus, mas tomada de empréstimo aos próprios componentes de seu silogismo racista[35]", visto sob este ângulo, os europeus seriam analíticos e os africanos incapazes de pensar nestes termos. Ainda

[34] BOLIVAR, Lamounier. "Ideologia conservadora e mudanças estruturais". Dados n.5, Rio de Janeiro, 1968, p. 16.
[35] SOYINKA, Wole. " Myth, literature and African World" citado por SAID, Edward. *Cultura e Imperialismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 289.

segundo Soynka:

"a negritude se emaranhou num papel basicamente defensivo, muito embora usasse um tom estridente, uma sintaxe hiperbólica e uma estratégia agressiva. [...] A negritude permaneceu dentro de um sistema preestabelecido de análise intelectual eurocêntrica do homem e sua sociedade, e tentou redefinir o africano e sua sociedade nesses termos exteriorizados"[36].

Tentando a valorização da "raça" negra, os teóricos da negritude recusavam os valores que eram ressaltados pelos europeus e buscavam as raízes da alma negra numa África pré-colonial, supostamente pura e livre de influências externas. De certa forma, a negritude representou uma reação ao racismo branco; um anti-racismo que criava seu próprio mito no combate a outro mito sintetizado no dogma da superioridade da "raça" branca. Segundo Kabengele Munanga, a negritude enquanto movimento reativo aos pressupostos da supremacia branca consistia na:

"proclamação-celebração sobre todos os tons da identidade, da personalidade coletiva, visando o retorno às raízes do negro como condição de um futuro diferente da redução presente. Os negros decidem assumir o desprezo para fazer dele fonte de orgulho. Tal reação devia, para ser adequada, retomar os mesmos termos da agressão cultural, neutralizá-los, desenvenená-los antes de carregá-los de um novos sentido. A negritude aparece aqui como uma operação de desintoxicação semântica e de constituição de um novo lugar de inteligibilidade da relação consigo, com os outros e com o mundo"[37].

Cumpre notar que no Brasil estas idéias começaram a se espalhar com o surgimento do chamado Movimento Negro, que abrangia associações civis, como a Frente Negra Brasileira (1931-1937), instituições religiosas, tais como comunidades-terreiro de Umbanda, Candomblé e as comunidades de Congadas, além de instituições culturais, como escolas de samba, blocos-afros, afoxés e maracatus. Nas décadas de 70 e 80 elas atingiram seu apogeu quando em ato público realizado a 7 de julho de 1978, em São Paulo, foi criado o Dia Nacional da Consciência Negra: elegeu-se o dia 20 de novembro, data da morte de Zumbi dos Palmares. Os grupos envolvidos neste ato público reafirmavam o desejo de negar o branqueamento. Para tanto, pretendiam recuperar o tradicional num esforço de compreensão histórica e política do significado dos quilombos e das revoltas negras. Neste quadro de reinsurgência, retomava-se a valorização

[36] Ibidem, p. 289.
[37] MUNANGA, Kabengele. *Negritude*: *usos e sentidos*. São Paulo: Ática, 1986, p. 45.

histórica do negro, com a identificação plena da República de Palmares[38] e com a criação do conceito de consciência negra[39]. Sem a pretensão de negar o importante papel do movimento da negritude para a valorização da "raça" negra e das tradições africanas, deve-se ressaltar que a retomada da questão da identidade em termos biológicos e "raciais" enfatizava a imagem do negro como ser eternamente primitivo devido a sua essência "racial", além de simplificar as negociações – mesmo que assimétricas – provenientes das relações interétnicas.

No século XX tornou-se cada vez mais difícil sustentar as teorias supra citadas. Já nas décadas de 1950 e 1960, a escola paulista, tendo Florestan Fernandes, como maior expoente, desenvolveu uma importante linha de pesquisa sobre as relações "raciais", analisando-as dentro do processo mais geral de transição de uma sociedade escravista agrária para uma sociedade industrial capitalista. Segundo esta perspectiva, um sistema capitalista competitivo asseguraria novas conquistas a pretos e pardos dentro da sociedade brasileira à medida que a situação do negro após a escravidão era resultado, entre outros fatores, de uma inadaptação do mesmo a tal sistema competitivo. Sendo assim, a exclusão do negro decorreu muito mais de fatores sociais do que "raciais". Para Florestan Fernandes a marginalização do negro foi inevitável devido à herança do seu passado escravista. A situação do liberto estava determinada pela sua incapacidade de adequação aos processos contratuais do trabalho livre, permitindo que os imigrantes europeus os superassem na concorrência de compra e venda da força de trabalho.

METODOLOGIA:

1. DADOS:

Em abril de 2001, uma equipe de professores do Cedeplar - Centro de Desenvolvimento e planejamento regional da UFMG, juntamente com alguns alunos da pós-graduação e da graduação iniciaram o Projeto de Ensino e Pesquisa em "Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Cor/"Raça"; financiado pela fundação Ford. Este projeto tinha dois enfoques principais. Primeiro, levar o pesquisador a conhecer e participar de todas as fases de uma pesquisa, desde a etapa onde se define o que é uma pesquisa, como se expõe com precisão seus objetivos e sua metodologia, até como preparar um questionário, ir a campo, fazer entrevistas, codificar, tabular e analisar. Segundo, realizar um levantamento sobre a qualidade da saúde reprodutiva e da sexualidade das

[38] A conceituação do Quilombo de Palmares como uma república foi desenvolvida pelo historiador Décio Freitas e pelo sociólogo Clóvis Moura, para os quais o quilombo representava uma organização social, política, econômica e cultural para os negros bantus, portanto, uma res-publica.

mulheres, de 15 a 59 anos, em Belo Horizonte e Recife, privilegiando o aspecto "racial". Estes dois centros urbanos foram escolhidos por estarem situados em regiões que apresentam características distintas em termos de desenvolvimento econômico e social.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi o questionário. Este, foi aplicado à população alvo residente em domicílios previamente selecionados e estava composto das seguintes seções: características do domicílio, características demográficas e sócio-econômicas das entrevistadas (idade, migração feminina, estado civil, educação, cor/"raça", religião, participação em grupos ou associações, trabalho e renda); utilização de plano de saúde; fecundidade (filhos, data de nascimento e registro civil dos filhos, aborto espontâneo e induzido); história de gravidezes; história de nascimentos; pré-natal; história de partos; pós-parto; conhecimento uso e acesso a contraceptivos (determinantes da escolha, fontes, descontinuidade e razões da descontinuidade); atendimento ginecológico e serviços de prevenção (atendimento pré-natal, gravidez, parto, climatério, menopausa, qualidade e acesso a serviços de saúde); casamento e atividade sexual; DST/AIDS, noções e prática de sexo seguro; planejamento da fecundidade e necessidade satisfeita e insatisfeita de métodos; e por fim, características do companheiro.

A amostra da pesquisa foi selecionada a partir de setores censitários estabelecidos para o Censo Demográfico Brasileiro de 2000, pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A seleção da amostra foi feita em três estágios com sorteios aleatórios. No primeiro, foram selecionados 70 setores para cada município. No segundo estágio, foram selecionados os domicílios de cada setor. No terceiro e último estágio, selecionou-se a mulher a ser entrevistada em cada domicílio. O tamanho da amostra foi estabelecido de forma a garantir que um mínimo de entrevistas fossem realizadas e possibilitasse, dessa forma, uma análise representativa dos dados.

2.VARIÁVEIS:

Caracterização sócio-demográfica e econômica das entrevistadas. As variáveis abaixo serão utilizadas no intuito de perceber se existe uma correlação entre as características sócio-demográficas e econômica das entrevistas e a variável cor/ "Raça".

Tabela 1
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES
V0104	Idade	Três grupos etários: 15 -24, 25-39, 40-59.

[39] Através dos conceitos de consciência negra e movimento negro pretendia-se corroborar uma firme oposição ao racismo e a todas as suas formas de opressão, o que significaria uma nova compreensão do ser negro: cidadão que assumiria sua condição racial, valorizando sua origem africana.

V0116	Estado Civil: Casada, unida, solteira, divorciada/separada, viúva.	
V0122 e V0123	Qual foi a última série que você concluiu com aprovação e qual o grau dessa série?	Analfabeto = 0, 1º. grau incompleto = 1, 1º. grau completo = 2, 2º. grau incompleto = 3, 2º. grau completo = 4, 3º. grau ou mais = 5.
V0151	Nos últimos 30 dias você trabalhou ou exerceu alguma ocupação/ atividade, mesmo que não remunerada? 1=sim, 2=não.	
V0200	Você tem um plano de saúde?	

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Os indicadores habitacionais e os indicadores de posse de bens duráveis nos permitirão avaliar as condições habitacionais e o padrão de consumo das mulheres negras e brancas, de 15 a 59, de Belo Horizonte e Recife.

Tabela 2
INDICADORES HABITACIONAIS E INDICADORES DE POSSE DE BENS DURÁVEIS

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
V0010	Tipo de domicílio	
V0017	Banheiro ou sanitário no domicílio.	Nenhum banheiro=0, 1=1, 2 e mais=2.
V022	Número de rádios no domicílio.	0 bem durável = 0, 1 = 1, 2 ou mais=2.
V024	Número de televisão a cores no domicílio.	0 bem durável = 0, 1 = 1, 2 ou mais=2.
V025	Número de vídeos cassetes no domicílio.	0 bem durável = 0, 1 = 1, 2 ou mais=2.
V030	Número de telefones fixos no domicílio.	0 bem durável = 0, 1 = 1, 2 ou mais=2.
V031	Número de automóveis no domicílio.	0 bem durável = 0, 1 = 1, 2 ou mais=2.

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Utilizar-se-á as variáveis abaixo com o intuito de perceber se existe ou não uma correlação entre fecundidade e Cor/"Raça".

Tabela 3
FECUNDIDADE

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES
V0305A	Total de filhos nascidos vivos.	0 filho = 0, 1 = 1, 2 ou 3 = 2, 4 e mais=3.
V0312	Quantas vezes você já ficou grávida?	1 vez = 1, de 2 a 4 vezes = 2, 5 vezes ou mais = 3, não sabe, não respondeu =4

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

3. PROCEDIMENTO:

Este trabalho tem a pretensão de ter um caráter exploratório. Para tanto, utilizarei o instrumento da estatística descritiva e inferencial.

4. RESULTADOS:

Tabela 4
Distribuição das mulheres entrevistadas
em Belo Horizonte e Recife por grupo etário e raça/cor

Raça/Cor - IBGE	Grupo Etário		
	1	2	3
Branca	27,9	37,4	34,7
Preta	41,8	32,5	25,7
Parda	29,1	38	32,8
Total	31,0	36,7	32,3

Fonte: SRSR - 2002

Tabela 4 A
Distribuição das mulheres entrevistadas
em Recife por grupo etário e raça/cor

Raça/Cor - IBGE	Grupo Etário		
	1	2	3
Branca	29,7	35,1	35,2
Preta	31,8	38,4	29,8
Parda	32,5	38,1	29,4
Total	31,2	37,0	31,8

Fonte: SRSR - 2002

Em relação à variável cor/ “Raça” e grupo etário pode-se inferir que em Belo Horizonte a maior parte das mulheres brancas e pardas entrevistadas pertencem ao grupo etário dois, ou seja, são mulheres entre 25 e 39 anos. No entanto, a maior parte das pretas entrevistadas pertencem ao grupo um, ou seja, são mulheres entre 15 e 24 anos. Recife segue um outro padrão. A maior parte das mulheres brancas entrevistadas pertencem ao grupo etário três, ou seja, são mulheres entre 40 e 59 anos. Enquanto a maiorias das pretas e das pardas estão no grupo etário dois.

Tabela 5
Distribuição das mulheres entrevistadas em Belo Horizonte por estado civil atual e Cor/ "Raça

Cor/Raça - IBGI	Estado civil atual				
	casada	unida	solteira	vorciada/separac	Viúva
Branca	40,5	5	43,9	8,9	1,7
Preta	28	5,4	56,1	5,6	4,8
Parda	36,3	9,2	43,5	7,1	3,9
Total	36,7	6,5	46,1	7,6	3,1

Fonte: SRSR - 2002

Tabela 5A
Distribuição das mulheres entrevistadas

Cor/ Raça - IBG	Estado civil atual	Em %			
	casada	unida	solteira	vorciada/separac	Viúva
Branca	30,0	17,5	35,7	14,4	2,4
Preta	25,1	25,0	31,3	13,4	5,2
Parda	27,2	18,8	36,4	13,9	3,7
Total	28,0	19,2	35,3	14,0	3,4

Fonte: SRSR - 2002

A partir dos dados das tabelas 5 e 5A pode-se afirmar que existe uma correlação entre estado civil atual e Cor/"Raça". Em Belo Horizonte a maior parte das mulheres brancas entrevistadas eram casadas, o que corresponde a 40,5% das brancas. Por outro lado, 56,1% das pretas e 43,5% das pardas, ou seja, a maior parte delas, eram solteiras. Recife possui um padrão um pouco diferenciado. A maior parte das mulheres entrevistadas eram solteiras: 35,7% das brancas, 31,3% das pretas e 36,4% das pardas. No entanto entre as casadas o grupo de mulheres brancas continha um percentual maior, ou seja, 30,0% contra 25,1% das pretas e 27,2% das pardas.

Tabela 6
Distribuição das mulheres entrevistadas em Belo Horizonte por escolaridade e Cor/ "Raça"

Cor/ "Raça" - IBGE	Escolaridade					
	0	1	2	3	4	5
Branca	0,3	26,3	9,2	5,4	30,2	28,1
Preta	0,3	43,7	15,0	8,8	27,7	4,3
Parda	0,0	39,1	11,5	9,5	27,5	12,4
Total	0,2	33,9	11,1	7,4	28,8	18,3

Fonte: SRSR - 2002

Tabela 6A
Distribuição das mulheres entrevistadas em Recife por escolaridade e Cor/ "Raça"

Cor/ "Raça" - IBGE	Escolaridade					
	0	1	2	3	4	5
Branca	1,4	32,5	7,7	8,5	29,6	20,1
Preta	1,9	53,9	8,2	8,6	18,1	9,3
Parda	1,8	40,1	8,1	8,3	28,1	13,6
Total	1,6	39,2	7,9	8,4	27,2	15,6

Fonte: SRSR - 2002

As tabelas 6 e 6A nos permite afirmar a existência de uma correlação extremamente assimétrica em relação à escolaridade e a Cor/ "Raça" das mulheres entrevistadas. Em Belo Horizonte, enquanto, a maioria das brancas entrevistadas 30,2% pertenciam ao grupo quatro. Ou seja, possuíam o 2º grau completo. A maioria das pretas 43,7% e das pardas 39,1% se encontravam no grupo um, ou seja, possuíam o 1º grau incompleto. A relação se mostrou ainda mais assimétrica quando comparamos as mulheres em relação ao grupo cinco.Ou seja, as mulheres que possuíam o 3º grau ou mais anos de escolaridade. Nestes termos as brancas contabilizavam 28,1%, as pretas 4,3% e as pardas 12,4%. Em Recife 32,5% das brancas entrevistadas possuíam o 1º grau incompleto contra 53,9% das pretas e 40,1% das pardas. Em relação ao grupo 5 tínhamos que 20,1% das brancas entrevistadas possuíam o 3º grau ou mais anos de escolaridade enquanto as pretas somavam 9,3% e as pardas 13,6%.

Tabela 7
Distribuição das mulheres em Belo Horizonte
por trabalho/atividade exercida nos últimos 30 dias
segundo a cor/raça

Cor/ "Raça" - IBGE	Atividade nos últimos 30 dias
	não	sim
Branca	13,3	86,7
Preta	12,9	87,1
Parda	17,0	83,0
Total	14,5	85,5

Fonte: SRSR - 2002

Tabela 7 A
Distribuição das mulheres em Recife
por trabalho/atividade exercida nos últimos 30 dias
segundo a cor/raça

Cor/ "Raça" - IBGE	Atividade nos últimos 30 dias
	não	sim
Branca	37,6	62,4
Preta	42,7	57,3
Parda	40,6	59,4
Total	39,7	60,3

Fonte: SRSR - 2002

A partir dos dados acima não se pode fazer uma inferência sobre uma correlação entre atividade exercida nos últimos 30 dias e Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte a maioria das brancas e das pretas exerceram alguma atividade nos últimos 30 dias 86,7% das brancas e 87,1% das pretas e 83% das pardas. Em Recife 62,4% das brancas exerceram alguma atividade contra 57,3% das pretas e 59,4% das pardas.

Tabela 8

Distribuição das mulheres entrevistadas em Belo Horizonte por possuírem ou não plano de saúde e Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Você tem um plano de saúde?	
	não	sim
Branca	46,1	53,9
Preta	66,5	33,5
Parda	59,6	40,4
Total	54,5	45,5

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 8A

Distribuição das mulheres entrevistadas em Recife por possuírem ou não plano de saúde e Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Você tem um plano de saúde?	
	Não	sim
Branca	55,9	44,1
Preta	70,7	29,3
Parda	69,6	30,4
Total	64,3	35,7

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Em relação aos dados das tabela 8 e 8A podemos-se afirmar que existe uma correlação

entre possuir ou não um plano de saúde e a variável Cor/ “Raça”. Em Belo Horizonte 53,9% das brancas possuíam plano de saúde, o que significa mais da metade das mulheres brancas entrevistadas. Enquanto a maioria das pretas e pardas entrevistadas, respectivamente 66,5% e 59,6% não possuíam um plano de saúde. Recife segue o mesmo padrão. 55,9% das brancas entrevistadas possuíam plano de saúde enquanto 70,7% das pretas e 69,6% das pardas, ou seja, a maioria delas não possuía um plano.

Tabela 9

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas em Belo Horizonte por tipo de domicílio e Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Tipo de domicílio				
	próprio pago	próprio em pagamento	alugado	cedido	outros
Branca	65,8	5,3	18,0	10,0	0,9
Preta	71,2	3,0	12,3	11,9	1,1
Parda	63,8	6,1	19,2	10,0	0,8
Total	66,2	5,1	17,3	10,4	0,9

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/“Raça”.

Tabela 9A

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas em Recife por tipo de domicílio e Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Tipo de domicílio				
	próprio pago	próprio em pagamento	alugado	cedido	outros
Branca	66,6	6,2	17,8	8,1	1,3
Preta	63,6	2,9	20,7	8,9	3,9
Parda	65,4	7,3	16,7	9,2	1,8
Total	65,4	6,2	17,7	8,7	1,9

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/“Raça”.

Em relação aos dados da tabela 9 e 9A não se pode afirmar que existe uma correlação entre tipo de domicílio e a variável Cor/ “Raça”. Em Belo Horizonte 71,2% das mulheres pretas entrevistadas moram em domicílio próprio em pagamento, enquanto 65,8% das brancas e 63,8% das pardas estão na mesma condição. Em Recife a maioria das brancas entrevistadas 66,0% moram em domicílio próprio pago, enquanto 63,6% das pretas e 65,0% das pardas se encontram na mesma condição.

Tabela 10

Distribuição Percentual do Número de Sanitários nos domicílios em Belo Horizonte por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de banheiro ou sanitário no domicílio		
	0	1	2ou+
Branca	0	43,2	56,8
Preta	0,4	78,3	21,3
Parda	0,3	59,6	39,5
Total	0,2	55,5	44,2

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 10A

Distribuição Percentual do Número de Sanitários nos domicílios em Recife por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de banheiro ou sanitário no domicílio		
	0	1	2ou+
Branca	0,3	56,1	43,6
Preta	2,2	67,5	30,3
Parda	1,0	67,1	32,0
Total	0,9	62,7	36,4

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 10 e 10A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de banheiros no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte 56,8% das mulheres brancas entrevistadas possuía dois ou mais banheiros no domicílio, enquanto a maioria das pretas e pardas entrevistadas 78,3% e 59,6% possuíam apenas um banheiro. Em Recife 56,1% das mulheres brancas entrevistadas possuía um banheiro, enquanto 67,5% das pretas e 67,1% das pardas possuíam o mesmo número de banheiros.

Tabela 11

Distribuição Percentual do Número de Rádio no domicílio em Belo Horizonte por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de rádios no domicílio		
	0	1	2ou+
Branca	3,2	34,1	62,7
Preta	7,2	42,7	50,1
Parda	5,0	39,5	55,5
Total	4,6	37,6	57,8

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 11A

Distribuição Percentual do Número de Rádio no domicílio em Recife por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de rádios no domicílio		
	0	1	2ou+
Branca	4,7	39,5	55,8
Preta	4,7	54,6	40,7
Parda	5,7	52,8	41,5
Total	5,1	47,8	47,1

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 11 e 11A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de rádios no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte a maioria das mulheres brancas entrevistadas 62,7% possuíam dois rádios ou mais, enquanto apenas 50,1% das pretas e 55,5% das pardas possuíam o mesmo número de rádios. Recife segue o mesmo padrão. A maioria das brancas entrevistadas 55,8% possuíam dois ou mais rádios, enquanto 40,7% das pretas e 41,5% das pardas possuíam o mesmo número de rádios.

Tabela 12

Distribuição percentual do Número de Televisores Coloridos no Domicílio em Belo Horizonte, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de televisões a cores		
	0	1	2 ou +
Branca	1,0	39,2	59,9
Preta	3,0	52,4	44,6
Parda	3,7	44,9	51,4
Total	2,3	43,7	54,1

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 12A

Distribuição percentual do Número de Televisores Coloridos no Domicílio em Recife, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de televisões a cores		
	0	1	2 ou +
Branca	3,1	40,2	56,7
Preta	8,4	59,1	32,6
Parda	6,0	51,5	42,5
Total	5,2	48,2	46,6

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 12 e 12A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de televisões a cores no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte a maioria das mulheres brancas entrevistadas 59,9% possuíam duas ou mais televisões a cores, enquanto apenas 44,6% das pretas e 51,4% das pardas entrevistadas possuíam o mesmo número de televisões a cores. Em Recife 56,7% das brancas entrevistadas possuíam 2 ou mais televisões a cores, enquanto a maioria das pretas e pardas 59,1% e 51,5% possuíam apenas 1 televisão a cores.

Tabela 13
Distribuição Percentual do Número de Vídeos Cassete no domicílio em Belo Horizonte, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de vídeos cassetes		
	0	1	2 ou +
Branca	29,5	56,8	13,7
Preta	38,4	53,2	8,4
Parda	36,9	54,2	8,9
Total	33,7	55,2	11,1

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 13A
Distribuição Percentual do Número de Vídeos Cassete no domicílio em Recife, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de vídeos cassetes		
	0	1	2 ou +
Branca	42,7	52,3	5,0
Preta	60,3	36,2	3,5
Parda	49,8	47,3	2,9
Total	48,6	47,6	3,8

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 13 e 13A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de vídeos cassetes no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte a maioria das mulheres entrevistadas possuía um vídeo cassete o que corresponde a 56,8% das brancas, 53,2 % das pretas e 54,2% das pardas. No entanto entre as mulheres que não possuíam um vídeo cassete o grupo de mulheres brancas continha um percentual menor, ou seja, 29,5% contra 38,4% das pretas e 36,9 % das pardas. Recife possui um padrão um pouco diferenciado. A maioria das mulheres brancas entrevistadas possuía um vídeo cassete, ou seja, 52,3% delas. No entanto, apenas 36,2% das pretas e 47,3% das pardas possuíam o mesmo número de vídeo cassete.

Tabela 14

Distribuição percentual do número de telefones fixos no domicílio em Belo Horizonte, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de telefones fixos		
	0	1	2 ou +
Branca	10,9	74,9	14,1
Preta	20,4	73,8	5,8
Parda	21,4	73,1	5,5
Total	16,2	74,1	9,6

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 14 A

Distribuição percentual do número de telefones fixos no domicílio em Recife, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de telefones fixos		
	0	1	2 ou +
Branca	20,8	70,0	9,2
Preta	38,9	52,4	8,8
Parda	32,1	61,5	6,4
Total	28,6	63,5	7,9

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 14 e 14A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de telefones fixos no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte à maioria das mulheres entrevistadas possui um telefone fixo, o que corresponde a: 74,9% das brancas, 73,8% das pretas e 73,1% das pardas. No entanto entre as mulheres que não possuíam um telefone fixo no domicílio o grupo de mulheres brancas continha um percentual menor, ou seja, 10,9% contra 20,4% das pretas e 21,4% das pardas. Recife possui um padrão um pouco diferenciado. A maioria das mulheres brancas entrevistadas possuíam 1 telefone fixo, ou seja, 70,0% delas. No entanto, apenas 52,4% das pretas e 61,5% das pardas possuíam o mesmo número de telefones fixos.

Tabela 15

Distribuição Percentual de Automóveis no domicílio em Belo Horizonte, por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de automóveis		
	0	1	2 ou +
Branca	43,2	37,5	19,3
Preta	74,9	21,8	3,3
Parda	54,3	33,7	12,0

Total	53,1	33,1	13,8

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 15A
Distribuição Percentual de Automóveis no domicílio em Recife por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Número de automóveis		
	0	1	2 ou +
Branca	61,8	29,1	9,1
Preta	80,0	14,5	5,5
Parda	70,2	27,2	2,6
Total	68,4	26,0	5,6

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados das tabelas 15 e 15A pode-se inferir que existe uma correlação entre o número de automóveis no domicílio e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte a maioria das mulheres entrevistadas que possuíam um ou mais carros eram brancas: 37,5% delas possuíam um carro e 19,3% possuíam dois ou mais carros, enquanto 21,8% das negras possuíam um carro e 3,3% das mesmas possuíam dois ou mais. 33,7% das pardas possuíam um carro e 12,0% delas possuíam dois ou mais. Recife segue o mesmo padrão a maioria das mulheres entrevistadas que possuíam um ou mais carros eram brancas: 29,1% delas possuíam um carro e 9,1% possuíam dois ou mais carros, enquanto 14,5% das negras possuíam um carro e 5,5% das mesmas possuíam dois ou mais. 27,2 % das pardas possuíam um carro e 2,6% delas possuíam dois ou mais.

Tabela 16
Distribuição percentual do número de Filhos Tidos nascidos vivos em Belo Horizonte por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Total de filhos nascidos vivos			
	Nenhum	1	2 ou 3	4 ou +
Branca	43,4	17,1	30,1	9,5
Preta	44,2	15,7	25,6	14,5
Parda	36,6	17,2	34,4	11,8
Total	41,3	16,8	30,6	11,2

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 16 A
Distribuição percentual do número de Filhos Tidos nascidos vivos em Recife por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Total de filhos nascidos vivos			
	Nenhum	1	2 ou 3	4 ou +
Branca	37,9	17,0	31,5	13,6

Preta	33,9	13,9	27,9	24,3
Parda	37,8	19,9	27,3	15,0
Total	37,2	17,8	29,0	15,9

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 16 e 16A podemos inferir que existe uma correlação entre o número de filhos nascidos vivos e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte 30,1% das mulheres brancas entrevistadas possuíam dois ou três filhos, contra 25,6% das pretas e 34,4 das pardas. Mas a relação muda quando analisamos as mulheres que possuíam quatro ou mais filhos. Nestes casos as brancas somam 9,5% enquanto as pretas são 14,5% e as pardas 11,8%. Em Recife 13,5% das brancas entrevistadas possuíam quatro filhos ou mais, enquanto as pretas somavam 24,3% e as pardas 15,0% nas mesmas condições.

Tabela 17
Distribuição percentual do número de gravidezes por mulher em Belo Horizonte por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Quantas vezes você já ficou grávida?		
	1 vez	2 a 4 vezes	5 ou + vezes
Branca	15,0	37,0	7,0
Preta	16,0	31,7	10,4
Parda	14,5	40,6	9,6
Total	15,1	37,2	8,6

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

Tabela 17
Distribuição percentual do número de gravidezes por mulher em Belo Horizonte por Cor/Raça

Cor/ "Raça" segundo categorias do IBGE	Quantas vezes você já ficou grávida?		
	1 vez	2 a 4 vezes	5 ou + vezes
Branca	14,4	36,8	14,2
Preta	11,5	39,1	19,4
Parda	18,8	34,2	12,4
Total	15,9	36,0	14,2

Fonte: Pesquisa em Sexualidade, Saúde Reprodutiva e Cor/"Raça".

A partir dos dados da tabela 17 e 17A podemos inferir que existe uma correlação entre o número de vezes que a entrevistada ficou grávida e a variável Cor/ "Raça". Em Belo Horizonte 37,0% das mulheres brancas entrevistadas já ficaram grávidas de dois a quatro vezes contra 31,7% das pretas e 40,6% das pardas. Mas a relação muda quando analisamos as mulheres que já ficaram grávida cinco ou mais vezes, nestes casos as brancas somam 7,0% enquanto as pretas somam 10,4% e as pardas 9,6%. Em Recife 14,2% das brancas entrevistadas já ficaram grávidas cinco ou

mais vezes, enquanto as pretas somavam 19,4% e as pardas 12,4% nas mesmas condições.

CONCLUSÃO:

Como mencionado na introdução, o objetivo deste estudo é perceber em que medida a categoria cor/"raça" influência em alguns aspectos demográficos e sócio-econômicos das mulheres negras e brancas de Belo Horizonte e Recife. De uma maneira específica procura tornar evidente, através das condições materiais de bem-estar: habitação e consumo de bens duráveis como a variável cor/ "raça" é determinante para a alocação e distribuição de benefícios materiais e simbólicos dentro das duas cidades supra-citadas.

O estudo demonstra, de modo contundente, a expressiva desigualdade de oportunidades entre brancas, pretas e pardas nestes dois municípios. Em relação ao estado civil pode-se afirmar que as pretas são as mulheres que menos se casam em relação às brancas e pardas. Este fato nos faz refletir sobre as características físicas e simbólicas socialmente valorizadas dentro da sociedade brasileira. A escolaridade entre brancas, pretas e pardas nos expõe, com nitidez, a intensa discriminação "racial" existente no sistema educacional. Quando analisamos as mulheres que possuem o terceiro grau completo ou mais anos de escolaridade percebemos que a maioria delas são brancas. As mulheres pretas e pardas em sua grande maioria possuem apenas o primeiro grau incompleto. Reconhecendo a importância da escolaridade tanto para o desenvolvimento social quanto para o desenvolvimento da auto-estima, percebemos nesta questão a manutenção de um padrão de desigualdades "raciais". Nestes termos, pode-se afirmar que as pretas e pardas estão retidas em patamares educacionais mais baixos onde poucas delas conseguem chegar à universidade. Em relação à saúde os dados não são diferentes. A maioria das brancas possuía algum tipo de plano de saúde enquanto a maioria das pretas e pardas não possui. Em relação à fecundidade os dados nos revelam que as pretas e as pardas possuem um número maior de filhos.

Finalizando, pode-se dizer que em relação à maioria das outras dimensões socioeconômicas analisadas: número de banheiros, número de rádios, número de vídeos, de automóveis; em todas elas, assim como na questão do estado civil e da escolaridade, observamos que existem diferenças entre brancas, pretas e pardas nos dois municípios analisados, com as pretas quase sempre em desvantagem.

BIBLIOGRAFIA:

FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes*. 3. Ed. São Paulo: Ática, 1978.

GOBINEAU, Joseph Arthur. *Ensaio sobre as desigualdades das raças humanas*. In:

HASENBALG, Carlos Alfredo & SILVA, Nelson do Valle. *Estrutura social, mobilidade e raça.* Rio de Janeiro: Vértice, 1988.

_____. *Relações raciais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Rio Fundo, IUPERJ, 1992. 173p.

HENRIQUES, Ricardo. *Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das condições de Vida na Década de 90.* Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MONTERO, Paula. "Globalização, identidade e diferença". In: *Novos Estudos* CEBRAP, no. 49, novembro 1997, pp. 33-46.

RAMOS, Arthur. *O negro na civilização brasileira.* Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1956, p.201.

RODRIGUES, Nina. *Os africanos no Brasil*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1935, p.24.

SILVA, Nelson do Valle. Aspectos demográficos dos grupos raciais. *Estudos Afro-Asiáticos,* Rio de Janeiro, n.23, p.7-15, dez. 1992.

TEODORO, Maria de Lourdes. A intensidade do branco no espectro das cores. *Revista Afrodiáspora*, ano 2, n.3, p.21-30, jan-1993.

VIANA, Oliveira. *Evolução do povo brasileiro*. São Paulo: Ed. Nacional, 1933, p.160.